

## Cartas al Director

### Hepatocarcinoma en paciente con hepatitis crónica por VHC sin cirrosis

*Palabras clave:* Hepatocarcinoma. Cirrosis. Hepatitis crónica. Cirugía

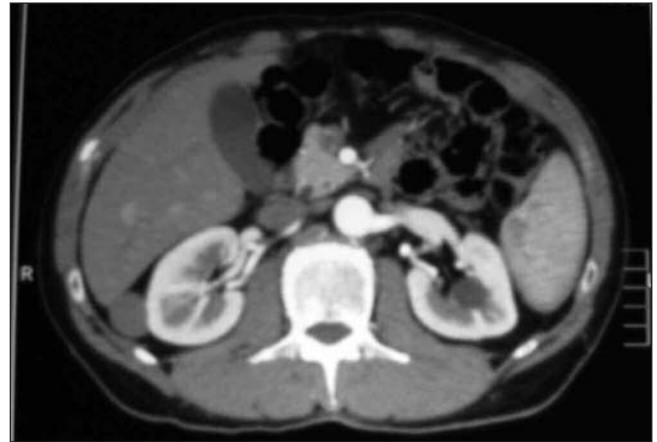
*Key words:* Hepatocellular carcinoma. Cirrhosis. Chronic hepatitis. Surgery.

*Sr. Director:*

La aparición de carcinoma hepatocelular (CHC) en pacientes sin cirrosis hepática es poco frecuente en la población occidental. En nuestro medio la mayoría de casos de CHC aparecen en el seno de una cirrosis hepática, siendo actualmente la infección crónica por virus de la hepatitis C (VHC) la causa principal de cirrosis, y por tanto, de hepatocarcinoma. Presentamos un caso que nos parece excepcional por la baja incidencia de CHC en pacientes sin cirrosis hepática establecida y hepatitis crónica C.

#### Caso clínico

Varón de 58 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, gastrectomía con anastomosis Billroth II por episodio de hemorragia digestiva alta hace 36 años, que requirió transfusión sanguínea. No bebedor y fumador de 20 cigarrillos/día. Antecedente familiar de padre fallecido por hepatocarcinoma. Diez años antes fue diagnosticado de hepatitis crónica por VHC, en seguimiento ambulatorio hasta la fecha con ecografías y analíticas periódicas, es remitido a nuestra consulta para valorar tratamiento antiviral. Aporta una ecografía realizada 2 meses antes, sin datos ecográficos de hepatopatía crónica



*Fig. 1.* Angio-TAC abdominal: en fase arterial, LOE en segmento VI con captación de contraste.

ni LOES; gastroscopia sin evidencia de varices esófago-gástricas, y analítica con citolisis: GOT 110 UI/l, GPT 100 UI/l; y función hepática conservada: bilirrubina total 1,1 mg/dl, albúmina 4,3 g/dl, plaquetas 245.000/mcl, actividad de protrombina 103%, alfa fetoproteína 3.38 ng/ml, HBsAg y Anti-HBc negativos, anti-VHC positivo, genotipo 1b y carga viral  $1,3 \times 10^6$  UI/ml. Se solicita una biopsia hepática previo al inicio del tratamiento, detectando en la ecografía abdominal una LOE hepática de 2 cm, en segmento VI, sugestiva de hepatocarcinoma, diagnóstico que es confirmado mediante angio-TAC (Figs. 1 y 2) y PAAF de la lesión. Según el sistema de estadiaje BCLC (*Barcelona Clinic Liver Cancer*), el paciente se encuentra en un estadio 0, ya que presenta un grado funcional A de Child, un nódulo único menor de 2 cm sin invasión vascular ni extrahepática y ausencia de síntomas, por lo que es subsidiario de tratamiento con intención curativa, siendo de elección la cirugía. Se realiza segmentectomía del segmento VI, confirmándose en el diagnóstico histológico la presencia de hepatocarcinoma de pa-



Fig. 2. En fase portal se observa lavado del contraste, sugestivo de hepatocarcinoma, sin existir signos radiológicos de hepatopatía crónica.

trón trabéculo-acinar y presentando el tejido hepático circundante una hepatitis crónica en estadio 1. En el postoperatorio precoz, el paciente desarrolló un absceso subdiafragmático con buena respuesta a antibioterapia. Seis meses tras la intervención quirúrgica el paciente se encuentra asintomático y el TAC abdominal de control es normal, por lo que se decide iniciar tratamiento antiviral con Peg-IFN alfa 2a y rivabirina, presentando actualmente respuesta viral temprana con negativización de la carga viral a las 12 semanas de tratamiento.

## Discusión

La incidencia de CHC en pacientes con cirrosis establecida es de un 2-8% anual, siendo en el paciente con hepatitis crónica menor del 1%, asociado en la mayoría de los casos a hepatitis crónica B. Por su historia natural, el VHB posee un claro potencial oncogénico, y el riesgo de CHC aumenta significativamente en pacientes con HBsAg positivo, incluso sin cirrosis previa (1). De hecho, está establecido el despistaje de CHC en determinados grupos de pacientes portadores de VHB sin cirrosis, sin estar claramente definida esta situación en el caso del VHC. El papel carcinogénico de VHC en ausencia de cirrosis es con-

trovertido, ya que la aparición de CHC en estos pacientes es excepcional. Parece que el mecanismo de crecimiento tumoral y lesión histológica puede ser diferente en pacientes sin cirrosis, y diversos estudios sugieren que además de las infecciones virales, en el paciente no cirrótico podrían existir otros factores de riesgo genéticos y/o ambientales que cobran mayor importancia en el desarrollo tumoral (2,3). La asociación genética más documentada es la aparición de CHC en pacientes no cirróticos con hemocromatosis, bien hereditaria (4) o secundaria a sobrecarga férrica. Para el diagnóstico es necesaria la confirmación histológica, no siendo suficiente con dos pruebas de imagen compatibles, como sucede en la cirrosis (1). La resección quirúrgica es de elección en el CHC sin cirrosis, con independencia del tamaño del tumor, y presentando una baja morbimortalidad postoperatoria. Consigue un prolongado periodo libre de enfermedad y una elevada tasa de supervivencia de hasta el 85-96% al año y el 46-68% a los 5 años, (5) aunque también existe una alta tasa de recurrencia intra y extrahepática de hasta el 50-70%. Tras la cirugía, está claramente indicado el tratamiento del VHC en este caso ya que eliminar el virus contribuye a evitar la progresión de la enfermedad hepática y la recidiva tumoral.

R. Plaza Santos, P. Castillo Grau, P. Castro Carbajo, A. Oliveira Martín, P. Hidalgo Gutiérrez<sup>1</sup> y J. M. Segura Cabral

*Servicios de Aparato Digestivo y de <sup>1</sup>Radiología.  
Hospital Universitario La Paz. Madrid*

## Bibliografía

1. Bruix J, Sherman M. Management of hepatocellular carcinoma. *Hepatology* 2005; 42(5): 1208-36.
2. Kumar M, Kumar R, Hissar SS, Sarasawat MK, Sharma BC, Sakhuja P, et al. Risk factors analysis for hepatocellular carcinoma in patients with and without cirrhosis: a case-control study of 213 hepatocellular carcinoma patients from India. *J Gastroenterol Hepatol* 2007; 22(7): 1104-11.
3. Stroffolini T, Andreone P, Andriulli A, Ascione A, Craxi A, Chirramonte A, et al. Characteristics of hepatocellular carcinoma in Italy. *J Hepatol* 1998; 29(6): 944-52.
4. Britto MR, Thomas LA, Balaratnam N, Griffiths AP, Duane PD. Hepatocellular carcinoma arising in non-cirrhotic liver in genetic haemochromatosis. *Scan J Gastroenterol* 2000; 35(8): 889-93.
5. Verhoef C, de Man RA, Zondervan PE, Eijkemans MJC, Tilanus HW, Ijzermans JNM. Good outcome after resection of large hepatocellular carcinoma in the non-cirrhotic liver. *Dig Surg* 2004; 21: 380-6.