

Cartas al Director

Trombosis portal tras etanolización de un hepatocarcinoma

Palabras clave: Trombosis portal. Hepatocarcinoma. Inyección percutánea de alcohol.

Key words: Portal vein thrombosis. Hepatocellular carcinoma. Percutaneous ethanol injection.

Sr. Director:

La trombosis portal secundaria a la etanolización de un hepatocarcinoma, es una complicación poco usual, cuyo manejo no está establecido. Presentamos el caso de un paciente con cirrosis hepática y un hepatocarcinoma en estadio A de la clasificación del Hospital Clínico e Barcelona (BCLC), en lista activa de trasplante hepático, que tras tres sesiones de etanolización presentó esta complicación, cuyo tratamiento con heparina de bajo peso molecular la resolvió parcialmente.

Caso clínico

Paciente de 70 años con cirrosis hepática virus C con hipertensión portal, estadio B de Child-Pugh, con episodios previos de hemorragia digestiva alta secundaria a varices esofágicas y de descompensación edemoascítica.

Estando en lista activa de trasplante hepático, en un control ecográfico para cribado de carcinoma hepatocelular, se detectan dos LOES hepáticas de 3 y 1,5 cm, compatibles con hepatocarcinoma en dos técnicas de imagen (ecografía abdominal con contraste y TAC abdominal). Iniciamos tratamiento percutáneo mediante etanolización de la LOE de mayor tamaño, realizando tres sesiones.

En la ecografía abdominal de control, tras tres días desde de la última etanolización, se observa una trombosis en el tronco de la vena porta y ramas principales, que exploramos con eco-

grafía abdominal con contraste (SonoVue®), sin apreciar captación en fase arterial (Fig. 1) ni posteriores, característica sugestiva de benignidad. La TAC y la PAAF realizadas posteriormente, confirman el origen benigno del trombo. Dado que se trata de un hallazgo no presente en ecografías ni TAC abdominales previas, detectado en una ecografía posterior al tratamiento percutáneo y el estudio con SonoVue®, TAC y PAAF confirman el origen benigno del trombo portal, se considera como una complicación de la etanolización. Iniciamos tratamiento con heparina de bajo peso molecular a dosis de 1 mg/kg/día subcutánea, comprobando en controles ecográficos posteriores que la trombosis ha mejorado, ya que tras 22 días de tratamiento tan sólo está presente de forma parcial en la rama portal izquierda.

Finalmente el paciente es trasplantado, sin complicaciones hasta la actualidad.

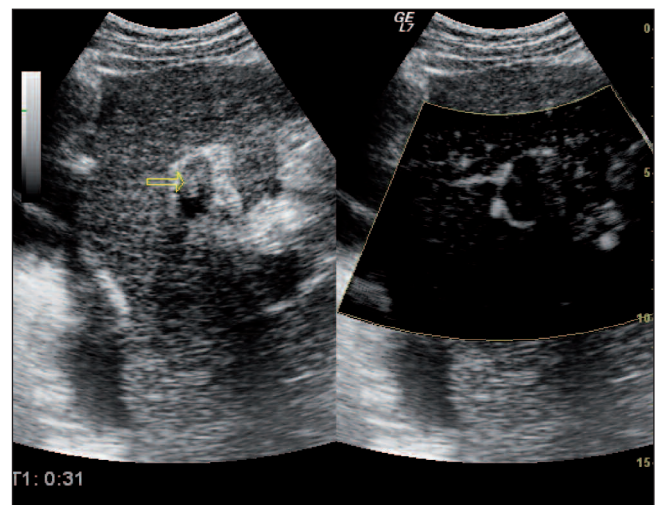


Fig. 1. Trombosis portal de la rama izquierda en ecografía convencional (izquierda); la ecografía con contraste muestra que el trombo no capta contraste en fase arterial (derecha).

Discusión

La trombosis portal es un hallazgo relativamente frecuente en el hígado cirrótico, cuya causa principal es la disminución o reversión del flujo venoso portal debido a la existencia de hipertensión portal. Sin embargo, también puede asociarse a malignidad, enfermedades inflamatorias, infecciosas o a estados de hipercoagulabilidad. Además, se ha descrito el origen iatrogénico debido a la esclerosis de varices y más recientemente al tratamiento percutáneo del hepatocarcinoma (1).

El principal interés de determinar la naturaleza de un trombo portal en pacientes con cirrosis, es diferenciar entre trombosis benignas y malignas, ya que si el trombo se debe a invasión vascular tumoral, se trata de un hepatocarcinoma avanzado, en estadio C de la Clasificación de BCLC, únicamente subsidiario de tratamiento paliativo (2).

La trombosis portal secundaria al tratamiento percutáneo de los hepatocarcinoma es una complicación poco descrita tanto en radiofrecuencia como etanolización. En el caso del origen iatrogénico tras etanolización, tiene una prevalencia del 2,8-5% (3,4) y se debe a un daño químico en las células endoteliales causado por la filtración de etanol a los vasos portales en vecindad con el hepatocarcinoma tratado (4).

Su diagnóstico se basa en la aparición de novo de un trombo portal de características benignas, tras aplicar este tratamiento. La ecografía Doppler, la TAC y la RMN pueden no distinguir el origen de los trombos, por lo que es necesario en ocasiones recurrir a la PAAF del trombo, con alta especificidad y sensibilidad, pero no exenta de riesgos. La ecografía abdominal con contraste SonoVue® ha demostrado ser una herramienta diagnóstica de gran utilidad en la distinción de trombosis benignas y malignas, debido a que presenta una alta sensibilidad y especificidad (89,6% y 100%, respectivamente) en esta aplicación (5), sumado a sus importantes ventajas, como son su rapidez, facilidad de uso, seguridad, buena tolerancia y la posibilidad de repetir la exploración tras unos minutos. La imagen ecográfica con SonoVue® del trombo portal, muestra ausencia de captación en las tres fases (arterial, portal y tardía), en caso de benignidad y captación en fase arterial con o sin lavado posterior, en caso de malignidad (5).

Su tratamiento no está claramente establecido, existiendo incluso casos descritos de resolución espontánea a los seis meses (3). Nosotros decidimos tratar a nuestro paciente con heparina de bajo peso molecular a dosis de 1 mg/kg/día, siguiendo la indicación de tratamiento de las trombosis portales agudas durante al menos tres meses, tras asegurar una adecuada profilaxis secundaria para hemorragia por varices esofágicas (6), debido a la ausencia de contraindicaciones absolutas para la anticoagulación, con el fin de mejorar las condiciones del paciente previamente al trasplante hepático. Con ello obtuvimos una resolución precoz parcial de la trombosis.

M. Romero Gutiérrez, T. Artaza Varasa, R. A. Gómez Rodríguez, C. González de Frutos y A. Z. Gómez Moreno

*Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Virgen de la Salud.
Toledo*

Bibliografía

1. Tarantino L, Francica G, Sordelli I, Esposito F, Giorgio A, Sorrentino P, et al. Diagnosis of benign and malignant portal vein thrombosis in cirrhotic patients with hepatocellular carcinoma: color Doppler US, contrast-enhanced US, and fine-needle biopsy. *Abdom Imaging* 2006; 31: 537-44.
2. Llovet JM, Brú C, Bruix J. Prognosis of Hepatocellular Carcinoma: The BCLC Staging Classification. *Semin Liver Dis* 1999; 19: 329.
3. Leoncioni R, Bartolozzi C, Caramella D, Paolicchi A, Carrai M, Maltinti G, et al. Treatment of small hepatocellular carcinoma with percutaneous ethanol injection. *Cancer* 1995; 76: 1737.
4. Catalano O, Esposito M, Nunziata A, Siani A. Multiphase helical CT findings after percutaneous ablation procedures for hepatocellular carcinoma. *Abdominal Imaging* 2000; 25: 607-14.
5. Sorrentino P, D'Angelo S, Tarantino L, Ferbo U, Bracigliano A, Vecchione R. Contrast-enhanced sonography versus biopsy for the differential diagnosis of thrombosis in hepatocellular carcinoma patients. *World J Gastroenterol* 2009; 15: 2245-51.
6. Valla DC. Thrombosis and Anticoagulation in Liver Disease. *Hepatology* 2008; 47: 1384-93.