

CASO CLÍNICO

Hepatocarcinoma novo tras gastrectomía subtotal por cáncer gástrico

Hospital Abel Gilbert Pontón - Unidad de Cirugía Hepatobilio Pancreática y Trasplante

Bayron Abad González¹, Omar Chungata², Andrés Cedeño Ruiz³, Boris Cedeño Ruiz⁴, Jazmín Cabezas Peña³.

1. Médico – Cirujano, Unidad Cirugía HBP y Trasplante.
2. Médico - Cirujano, Unidad de cirugía percutánea
3. Médico – Cirujano, servicio de cirugía HAGP
4. Médico - Magister en Gestión en Directiva de Instituciones de la Salud

Correspondencia: Boris Alexis Cedeño Ruiz

Correo electrónico:

boris1.995@hotmail.com

Dirección: Saucés 9 Mz L13 V9.

Código postal: EC090502

Teléfono: (593) 982901053

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7040-1342>

Fecha de recepción: 13-10-2023

Fecha de aprobación: 11-11-2023

Fecha de publicación: 30-12-2023

Membrete Bibliográfico

Abad B, Chungata O, Cedeño A,

Cedeño B, Cabezas J:

Hepatocarcinoma novo tras

gastrectomía subtotal por cáncer

gástrico Rev Médica Ateneo, 22. (1) ,

pag. 69-77

Artículo Acceso Abierto

RESUMEN

La incidencia del Hepatocarcinoma (HCC) se incrementó en los últimos años, también la presencia de HCC en pacientes con antecedentes de otros tumores es posible ya sea como tumores nuevos o de novo, por esta razón que hoy en día el tratamiento de estos pacientes está a cargo de un equipo multidisciplinario conformado por cirujanos de trasplante, hepatólogos, oncólogos, radiólogos. La incidencia de los pacientes con cirrosis que desarrollaron HCC es del 2 al 8%. Si bien es cierto la frecuencia es baja en pacientes que tienen otras patologías oncológicas se debe tener en cuenta la respuesta que tuvo el paciente con el primer tumor y al menos un periodo de tiempo

mínimo de 2 años de estar libre de enfermedad para considerarse un HCC nuevo o de novo.

Palabras clave: *Hepatocarcinoma.*

ABSTRACT

The incidence of hepatocellular (HCC) carcinoma is increasing in recent years especially in cirrhotic patients by alcohol and hepatitis C virus, which is why today the treatment of these patients is conducted by a multidisciplinary team of transplant surgeons, hepatologists, oncologists, radiologists. The incidence of patients who developed cirrhosis and HCC is 2 to 8%, however, while in the U.S. the hospitalization of patients with HCC and alcoholic cirrhosis was 8-9 per 100,000 people this does not determine the incidence of HCC in cirrhotic patients but confirms alcohol as an important risk factor for the development of Hepatocarcinoma.

Keywords: *Hepatocarcinoma.*

INTRODUCCIÓN

El Hepatocarcinoma (HCC) es el quinto cáncer más frecuente y la tercera causa de muerte relacionada al cáncer llegando a producir hasta 600.000 muertes al año. Existe una alta relación entre la presencia de Hepatocarcinoma y Cirrosis especialmente las producidas por Virus de Hepatitis C (VHC) y en la Cirrosis por alcohol.

La incidencia de Hepatocarcinoma en pacientes cirróticos por VHC es del 2 al 8 %, y en los pacientes que tienen Cirrosis por alcohol es de 8 por cada 100.000 habitantes, lo que determina que el alcohol es un factor de riesgo importante para desarrollar Hepatocarcinoma.

En la actualidad se han creado sistemas de vigilancia para la detección oportuna del HCC, como la realización de programas de seguimiento trimestral de nódulos. En estos programas de vigilancia se utilizan el control ecográfico y de alfafetoproteína (AFP), lo que ha permitido disminuir la mortalidad de estos

pacientes, logrando ofrecer un tratamiento oportuno y en algunos casos curativo como cirugía o trasplante.

Estos mecanismos han permitido tener hasta el 34% de tratamientos curativos en pacientes con una sola lesión y que tengan menos de 3 cm, un 11.5% de pacientes aptos para trasplante y 12.9% de pacientes ideales para resección quirúrgica. Además, dentro del manejo integral de HCC se establecieron algoritmos o escalas de estadificación lo que ha permitido optimizar el tratamiento y la toma de decisiones en cuanto a la cirugía o trasplante, dentro de los sistemas de estadificación tenemos el *Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC)*, *Okuda*, *Child Pugh*, *Meld*.

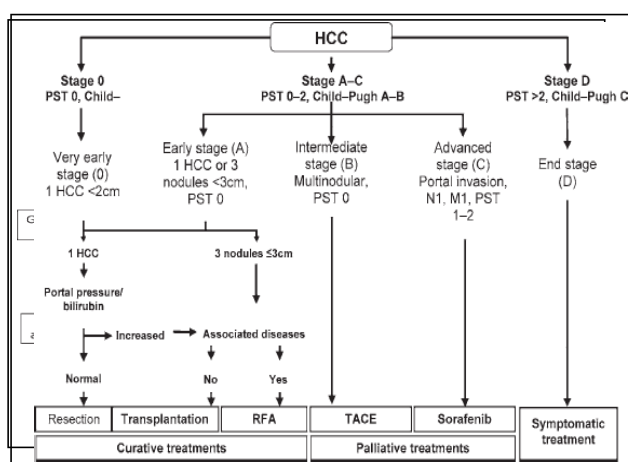


Fig. 1: Algoritmo de seguimiento de nódulos pequeños

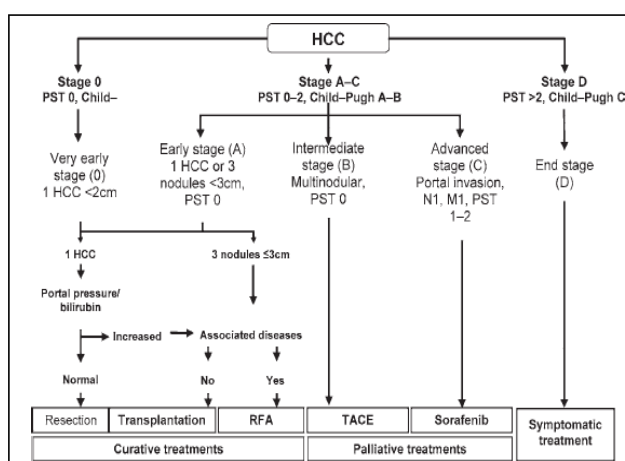


Fig. 2: Algoritmo de estadificación BCLC

Dentro de la estadificación de los pacientes cirróticos con HCC que son candidatos a trasplante los criterios más usados son los *CRITERIOS DE MILAN* que fueron desarrollados por Mazzaferro en 1996 donde demostró que los pacientes con HCC que fueron trasplantados dentro de los criterios de Milán tuvieron una sobrevida del 70% a los 5 años.

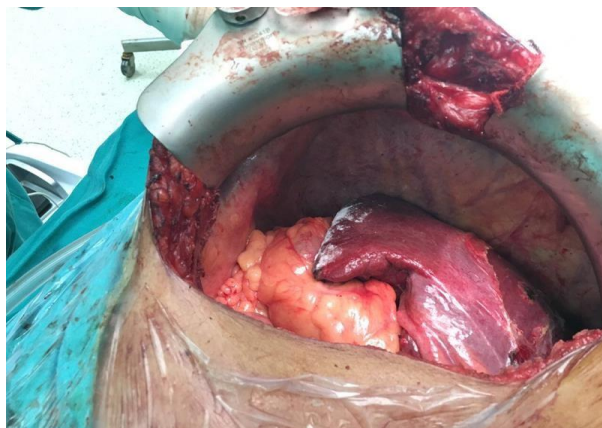


Fig:3 Criterios de Milán

Para los pacientes que tuvieron enfermedad oncológica previa ya sea por un tumor gástrico por ejemplo es necesario conocer el tiempo de presentación del mismo y la respuesta a los diferentes tratamientos ejecutados ya sean quirúrgicos y oncológicos con la intención de descartar que no se trate de una recidiva del tumor primario como metástasis hepática que puede ser incluso de mayor frecuencia que si fuera un tumor de novo.

Para esto el paciente debió ser tratado inicialmente del primer tumor dentro de un esquema o plan de tratamiento con fines de curación, esto contempla tratamiento quirúrgico más oncológico y posterior a eso tener al menos dos años de estar libre de enfermedad de su primer tumor.

Por todas estas características los pacientes con esta patología deben ser referidos a un centro hospitalario de alta complejidad con programas de trasplante Hepático activo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente de 62 años de edad que tiene como antecedente haber presentado un adenocarcinoma gástrico borman IV con cirugía de gastrectomía subtotal más omentectomía y gastroyeyuno anastomosis posterior a eso se realiza tratamiento con quimioterapia adyuvante 7 ciclos.

Acude al hospital a controles por al área de oncología quienes realizan ecografía encontrado masa hepática en segmento 5-6 de 5 a 8 cm y se interconsulta a cirugía Hepatobiliar.

ENDOSCOPIA: Normal

ECOGRAFIA: Múltiples imágenes nodulares hipoecogénica de contornos irregulares, Doppler capta flujo vascular periférico en segmentos V y VI

TOMOGRAFÍAS: segmento V – VII masa tumoral lobulada isodensa. En fase portal nódulo de 2 cm hipodensa. Masa 8 x 6 cm

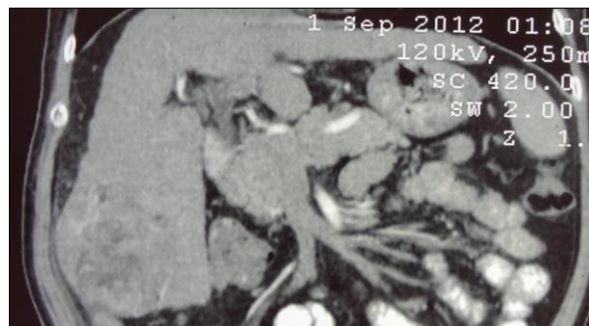


Fig. 4: masa en hígado derecho segmento 6-7

Con los antecedentes y las imágenes se llegó al diagnóstico de HCC en Hígado Cirrótico por alcohol.



Fig. 5: Masa Hepática Hepatocarcinoma

El diagnóstico de HCC se realiza mediante la realización de tomografía trifásica tiempo arterial tiempo portal y venoso tardío. Donde se pudo observar la captación del contraste en tiempo arterial y lavado rápido del contraste en fase portal.

Se descarta enfermedad hepática de base como cirrosis para planeamiento de tratamiento quirúrgico y posibilidad de resección.

El análisis multidisciplinario del equipo de trasplante Hepático por las características del tumor localizado y sin enfermedad hepática enfermedad de su tumor gástrico se plantea como mejor opción proponer una Hepatectomia derecha.

Para esto se analizan las imágenes en busca de trombosis portal la que se descarta con ecografía Doppler, además se valora la reserva funcional hepática post resección recordando que en pacientes cirróticos el volumen hepático mínimo debe ser del 40% por resección.

Considerando que la propuesta quirúrgica es una Hepatectomia derecha lo que corresponde al 45 al 50%% de volumen hepático total dejando una buena reserva funcional considerando la ausencia de enfermedad de base hepática.

El paciente fue sometido a cirugía, al ser una cirugía de alta complejidad por el procedimiento mismo y las características del paciente se tomaron todas las medidas preventivas por parte del equipo de anestesiología como colocación de vía periféricas, vía venosa central, línea arterial, medidas para mantener la temperatura del paciente.

Se realizó una incisión subcostal con extensión mediana y tuvo una duración de 6 horas 30 minutos.

La técnica quirúrgica consistió en realizar maniobras de liberación de ligamentos de fijación hepática, movilización del hígado derecho hacia la línea media, disección de las venas supra hepáticas hasta visualizar e individualizar la vena supra hepática derecha la misma que se deja reparada.

Para el control vascular se realizó maniobra de pringle en el pedículo hepático.

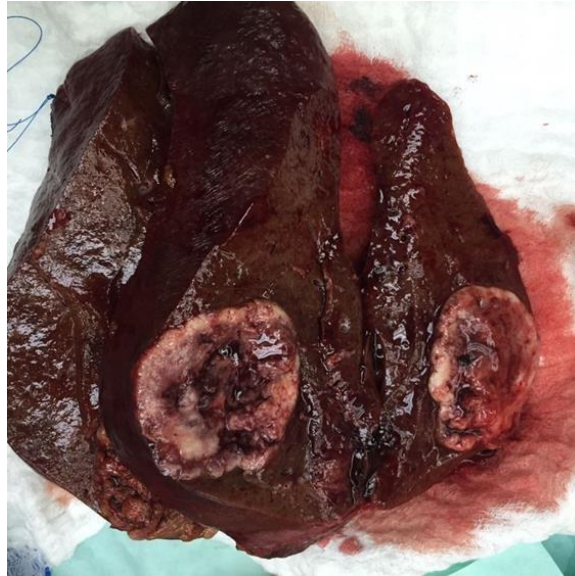


Fig. 6: Equipo Quirúrgico.

Posterior a la resección la superficie de corte en el hígado se controló sangrado con el electrocauterio argón.

Se utilizaron también equipos como ecografía intraoperatoria para delimitar la línea de resección sobre el parénquima hepático, el seguimiento de la vena supra hepática derecha dentro del parénquima, la relación del tumor con los elementos anatómicos adyacente, lo que nos permitió lograr un margen de resección R0.

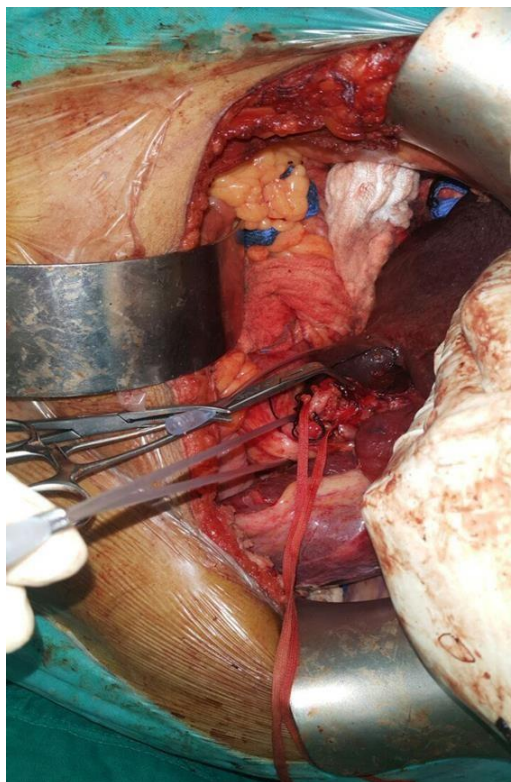


Fig. 7: Hepatectomía Segmento 6-7

Al término de la cirugía el paciente pasó a terapia intensiva fue extubado sin complicaciones.

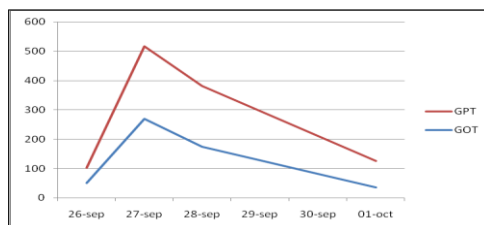


Fig. 8: Movimiento enzimático post quirúrgico

El movimiento enzimático se reflejó con el aumento de las enzimas hepáticas llegando a tener su pico máximo hasta las 48 horas de post quirúrgico empezando a disminuir y llegando a su nivel normal al sexto día de la cirugía.

En base a esto el paciente hizo profilaxis anti trombótica con enoxiparina y posteriormente recibió tratamiento. El paciente no presentó complicaciones infectológicas, paso a sala de internación general y fue dado de alta después de 3 semanas de la cirugía

CONCLUSIONES

El manejo de los pacientes con HCC debe ser siempre por un equipo multidisciplinario con y en un centro de alta complejidad con programa de trasplante hepático activo.

La indicación de cirugía en estos pacientes siempre será una alternativa y para los pacientes con tumores grandes y centrales siempre se puede plantear la posibilidad de embolización transarterial o tratamiento paliativo oncológico.

Contribución del autor (s)

Boris Cedeño: Concepción y diseño del autor. **Byron Abad González, Omar Chungata, Andrés Cedeño Ruiz, Boris Cedeño Ruiz, Jazmín Cabezas Peña.** Recolección de datos, revisión bibliográfica, escritura y análisis del artículo con lectura y aprobación de la versión final.

Información del autor (s)

Boris Cedeño Ruiz^[1] Médico General, con títulos de 4to nivel en Maestría en Gestión en Directiva en Instituciones de la Salud emitida por la Universidad Tecnológica Latinoamericana en Línea, Maestría en Prevención en Riesgos Laborales emitida por la Universidad Europea de Canarias y Maestría en Educación Universitaria emitida por la Universidad Europea de Madrid.

Doctorando en Biomedicina y Ciencias de la Salud por la Universidad Europea de Madrid.

Disponibilidad de datos

Los datos fueron recolectados de revistas y bibliotecas virtuales y está a disposición.

Declaración de intereses

El autor no reporta conflicto de intereses.

Autorización de publicación

El autor autoriza su publicación en la revista Ateneo. El autor enviará firmado un formulario que será entregado al Editor.

Consentimiento informado

El autor envía al Editor, el consentimiento informado firmado por el paciente o sus representantes, previo a su publicación, en caso de investigación en seres humanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pateron D, Ganne N, Trinchet JC, Aurousseau MH, Mal F, Meicler C, Coderc E, et al. Prospective study of screening for hepatocellular carcinoma in Caucasian patients with cirrhosis. *J Hepatol* 1994;20:
2. Lok AS, Sterling RK, Everhart JE, Wright EC, Hoefs JC, Di Bisceglie AM, Morgan TR, et al. Des-gamma-Carboxy Prothrombin and alpha-Fetoprotein as Biomarkers for the Early Detection of Hepatocellular Carcinoma. *Gastroenterology* 2010;138:493–502.
3. Marrero JA, Feng Z, Wang Y, Nguyen MH, Befeler AS, Roberts LR, Reddy KR, et al. Alpha-fetoprotein, des-gamma carboxyprothrombin, and lectin-bound alpha-fetoprotein in early hepatocellular carcinoma. *Gastroenterology* 2009;137:110–118.
4. Sherman M. Alpha-fetoprotein: an obituary. *J Hepatol* 2001;34:603- atidosis]. *Rev Neurol*. 2013 Feb 16;56(4):220–4