



Hepatectomía izquierda como resolución quirúrgica de carcinoma hepatocelular.

Reporte de un caso.

Zúñiga Ordóñez Montserrat* – Casasola Sánchez Luis Eduardo**

Hospital General “Dra. Matilde Petra Montoya Lafragua” ISSSTE

INTRODUCCIÓN

El carcinoma hepatocelular es una de las neoplasias malignas más comunes y la tercera causa de mortalidad relacionada con el cáncer a nivel mundial, con tasa de supervivencia de 18% a 5 años. Sucede en el escenario de cirrosis en aproximadamente el 90% de los casos. El diagnóstico se puede realizar en pacientes con factores de riesgo en vigilancia mediante AFP y Ultrasonido, sin embargo, debido a la baja implementación de screening, una proporción de hasta el 50% se identificará de forma incidental o con estadio avanzado sintomático. El tratamiento puede ser curativo y no curativo. Siendo los candidatos ideales para la resección los pacientes con tumor único y función hepática preservada.

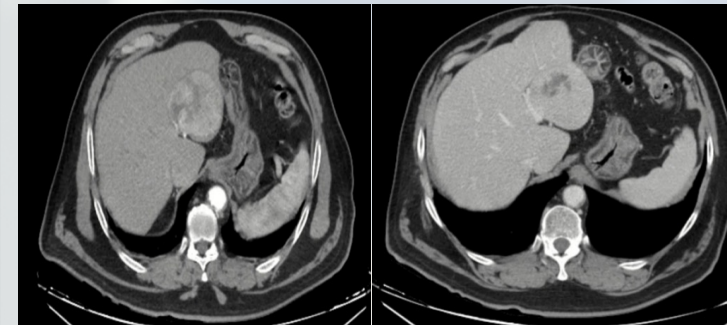
METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo de un reporte de caso apoyado en el expediente clínico, estudios de imagen, laboratorios, fotografías y revisión de la bibliografía en PubMed de los últimos 5 años.

RESULTADOS/CASO CLÍNICO

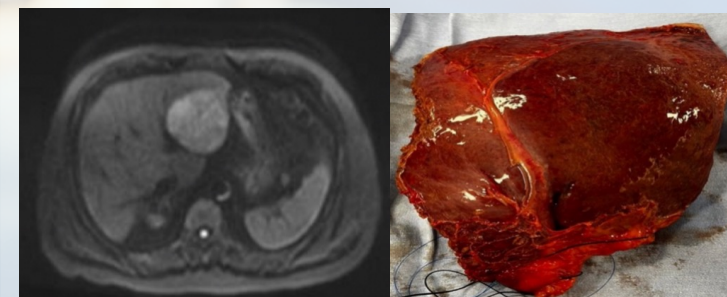
Masculino de 77 años con antecedente quirúrgico de drenaje de absceso hepático a los 27 años y colecistectomía abierta a los 73 años, inició padecimiento al presentar aumento de volumen en hipocondrio derecho y pérdida de peso, realizan CT (10.08.23): Nódulo hepático de lóbulo izquierdo, segmento IVa y IVb de 62 x 52 x 55 mm, realce en fase arterial y washout en fase portal, segmentos hepáticos VI y VII con lesión calcificada de 37x30 mm, sin dilatación de la vía biliar intra o extrahepática. Laboratorios (15.08.23): Hb 15.4, Leu 6.6, Plt 239, ALP 96, AST 36, ALT 31, BT 0.47, BD 0.24, GGT 245, TTPa 28.5, TP 11.1, INR 1.05, AFP 3.8 ng/mL. Se realiza RM (15.12.23): En segmentos II y III con lesión de 6.8x6.4 cm, hiperintensa en T2 con zonas de necrosis central, realce heterogéneo, lavado y formación de pseudocápsula en fase tardía. Segmento VIII lesión quística con calcificación periférica de 3.5 cm. Hígado con cambios incipientes de daño crónico, sin datos indirectos de hipertensión portal. Diagnóstico por imagen: carcinoma hepatocelular; el día 19.01.24 se realiza hepatectomía izquierda: resección de segmentos II, III, IVa y IVb, tumor dependiente de segmentos IVb y III de 6x5 cm. En estancia hospitalaria al día 1PO presenta elevación de cifras de bilirrubinas y prolongación de tiempos de coagulación, los cuales disminuyen en el día 3PO, con cifras al egreso de INR 1.2 y BT 2.1, se egresa y retira drenaje el día 8PO. RHP (30.01.24): Tumor en segmentos II y III de 6.3x6.1 cm, carcinoma hepatocelular grado 1, bien diferenciado, márgenes libres, sin invasión vascular. Hepatitis de interfase periportal.

MATERIAL Y MÉTODOS



1. CT Axial fase arterial 2. CT Axial Fase portal

MATERIAL Y MÉTODOS



3. MRI Axial 4. Pieza quirúrgica hepatectomía izquierda

MATERIAL Y MÉTODOS



5. Pieza de patología

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El diagnóstico de HCC, se realiza por criterios de imagen y al contar con dicho diagnóstico, la resección o trasplante hepático representan el principal tratamiento curativo por lo que deben ser la primera opción. Aún existe debate entre cual es el mejor tipo de resección, sin embargo, la resección anatómica demuestra mejores resultados en la supervivencia libre de enfermedad y global. A pesar de que la supervivencia a 5 años posterior a la resección es de 70%, la incidencia de recurrencia es alta, hasta 80%.

La epidemiología del HCC está cambiando y el incremento en la incidencia será predominantemente por causas no virales, por lo que, estrategias de vigilancia y preventivas innovadoras, la identificación de nuevos biomarcadores pronósticos y la introducción de nuevas tecnologías son necesarias.

Siendo la cirugía el tratamiento curativo de elección, al ser la opción con mejores resultados, es de vital importancia optar por la misma cuando el paciente es apto para esta.

REFERENCIAS

1. Vogel A, Meyer T, Sapisochin G, Salem R, Saborowski A. Hepatocellular carcinoma. Lancet. 2022 Oct 15;400(10360):1345-1362. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01200-4. Epub 2022 Sep 6. PMID: 36084663.
2. Ganesan P, Kulik LM. Hepatocellular Carcinoma: New Developments. Clin Liver Dis. 2023 Feb;27(1):85-102. doi: 10.1016/j.cld.2022.08.004. Epub 2022 Oct 18. PMID: 36400469.
3. Llovet JM, Kelley RK, Villanueva A, Singal AG, Pikarsky E, Roayaie S, Lencioni R, Koike K, Zucman-Rossi J, Finn RS. Hepatocellular carcinoma. Nat Rev Dis Primers. 2021 Jan 21;7(1):6. doi: 10.1038/s41572-020-00240-3. Erratum in: Nat Rev Dis Primers. 2024 Feb 12;10(1):10. PMID: 33479224.
4. Brown ZJ, Tsilimigras DI, Ruff SM, Mohseni A, Kamel IR, Cloyd JM, Pawlik TM. Management of Hepatocellular Carcinoma: A Review. JAMA Surg. 2023 Apr 1;158(4):410-420. doi: 10.1001/jamasurg.2022.7989. PMID: 36790767.
5. Dopazo C, Søreide K, Rangelova E, Mieog S, Carrion-Alvarez L, Diaz-Nieto R, Primavesi F, Stättner S. Hepatocellular carcinoma. Eur J Surg Oncol. 2024 Jan;50(1):107313. doi: 10.1016/j.ejso.2023.107313. Epub 2023 Dec 6. PMID: 38086315.
6. Sugawara Y, Hibi T. Surgical treatment of hepatocellular carcinoma. Biosci Trends. 2021 Jul 6;15(3):138-141. doi: 10.5582/bst.2021.01094. Epub 2021 Mar 19. PMID: 33746184.