

# HEPATECTOMIA EXTENDIDA POR HEPATOCARCINOMA EN PACIENTE NO CIRROTICO

HEPATECTOMY EXTENDED BY HEPATOCARCINOMA IN NON CIRRHOTIC PATIENT

Consuelo Elsa Cornejo-Carrasco<sup>1,a</sup>, Gilbert Román-Hernández<sup>1,a</sup>

## RESUMEN

El hepatocarcinoma es la segunda causa de muerte en el mundo relacionada con el cáncer y en nuestro país encontramos a pacientes con grandes tumores hepáticos que son irresecables y solo son tributarios de tratamientos paliativos con escasa sobrevida, sin embargo con una adecuada selección de pacientes en equipos multidisciplinares podemos ofrecerle una hepatectomía extendida a muchos de estos paciente, por lo que presentamos el caso de un paciente adulto joven con hepatitis B y hepatocarcinoma gigante al que le realizamos una hepatectomía izquierda extendida son una sobrevida libre de enfermedad a los 14 meses de operado.

**Palabras clave:** Hepatocarcinoma; Hepatitis B; Hepatectomía extendida; Insuficiencia hepática post-operatoria. (fuente: DeCS BIREME)

## ABSTRACT

Hepatocellular carcinoma is the second cause of death in the world related to cancer and in our country we find patients with large liver tumors that are unresectable and only tributaries of palliative treatments with little survival, however with an adequate selection of patients in teams multidisciplinary we can offer an extended hepatectomy to many of these patients, so we present the case of a young adult patient with hepatitis B and giant hepatocellular carcinoma to which we performed an extended left hepatectomy with free survival rate of 14 months.

**Key words:** Hepatocellular carcinoma; Hepatitis B; Extended hepatectomy. (source: MeSH NLM)

## INTRODUCCIÓN

El cáncer hepático es la quinta causa de cáncer y la segunda causa más frecuente global de muerte relacionada con el cáncer en el mundo, el hepatocarcinoma representa el 90% de las neoplasias de hígado primarias y se presenta fundamentalmente en hígado cirrótico y en aproximadamente el 11% en hígado no cirrótico<sup>1,2</sup>.

El hepatocarcinoma está más frecuentemente asociado a hepatitis crónicas virales B y C, alcohol y NASH. En África, el Este de Asia y Sudamérica es causada por hepatitis B hasta en un 45%, mientras

que en Europa, USA y Asia Pacífico la causa más común es por hepatitis C (31-55%)<sup>3</sup>.

La hepatectomía extendida es la resección de 5 o más segmentos de Couinaud, y representa una cirugía mayor y de alta complejidad que se asocia a un alto riesgo perioperatorio, pero que es necesaria de realizar como única alternativa a tumoraciones hepáticas malignas<sup>4,5</sup>.

Se presenta el caso de un adulto joven con hepatitis B, con un hepatocarcinoma gigante al que se le realizó una hepatectomía ampliada y se le realizó seguimiento post-operatorio.

<sup>1</sup> Servicio de Cirugía de hígado y vías biliares del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú.

<sup>a</sup> Médico Cirujano con especialidad en Cirugía General.

**Citar como:** Consuelo Elsa Cornejo-Carrasco, Gilbert Román-Hernández. Hepatectomía extendida por hepatocarcinoma en paciente no cirrótico. [Caso Clínico]. 2018;18(4):109-112. (Octubre 2018). DOI 10.25176/RFMH.v18.n4.1738

Journal home page: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

© Los autores. Este artículo es publicado por la Revista de la Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma. Este es un artículo de Open Access distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citadas. Para uso comercial, por favor póngase en contacto con [revista.medicina@urp.pe](mailto:revista.medicina@urp.pe)

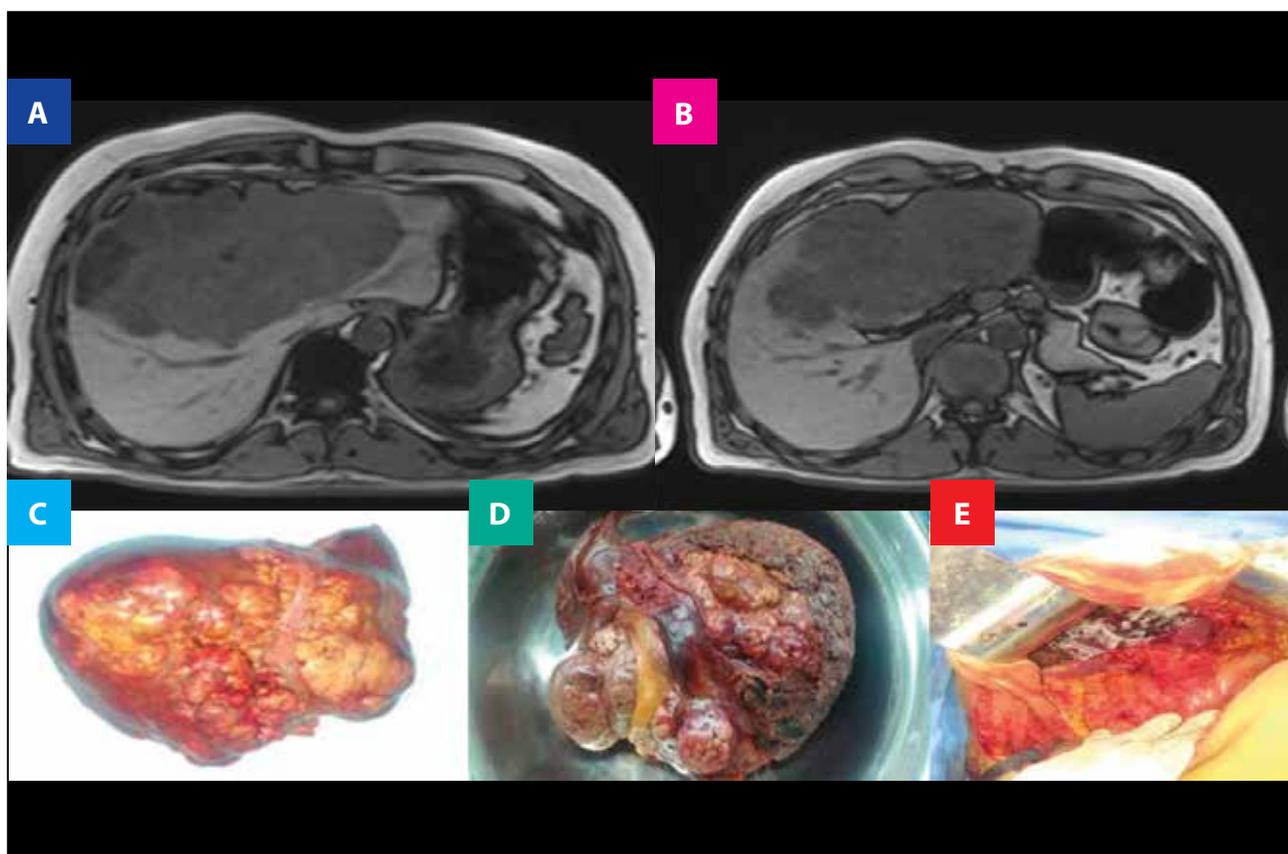
## REPORTE DE CASO

### CASO CLÍNICO

Paciente varón de 37 años, natural de Apurímac, con antecedente de madre con hepatitis B; que presenta desde hace 1 mes dolor abdominal en hipocondrio derecho, tipo punzada, intermitente de moderada intensidad, por lo que acude a centro médico donde al realizarle una ecografía abdominal le encuentran una masa hepática de 158 mm que ocupa todo el hígado izquierdo y el segmento 5. Los exámenes de laboratorio fueron: AFP 316 056, VHB Ags positivo, HBAb anticore total positivo, carga viral VHB indetectable, VHC negativo, Hb 14, Leucocitos 6 250, Plaquetas 328 000, albúmina 4.42, TGO 105, TGP 50, bilirrubina total 0.65, glucosa 73, creatinina 0.7, TP 12 TTPA 34, GGT 343. Tomografía y Resonancia Magnética: Gran masa tumoral hepática que ocupa los segmentos 2, 3, 4, 5 y 8 (Figura A y B), no metástasis pulmonares, no ascitis. Gamagrafía ósea: foco único en cráneo probable secundarismo que no se visualiza en la TAC de cráneo. Endoscopia alta: gastritis eritematosa leve. Volumetría hepática del volumen residual funcional del 38%. Biopsia de tumor hepático: hepatocarcinoma moderadamente diferenciado. Con el diagnóstico de hepatocarcinoma y VHB +, se le realiza hepatectomía izquierda extendida a los segmentos 5 y 8 (Figura C,D), dejando los segmentos

6 y 7 como remanente hepático (Figura E) y ecografía hepática intraoperatoria. El abordaje hepático fue hiliar y con sutura mecánica y la transección del parénquima hepático se realizó con monopolar con irrigación, ligaduras con nylon 3:0 y sutura de vasos con polipropileno 5:0. El tiempo operatorio fue de 300 minutos, pérdida de sangre 300 cc y sin transfusión intraoperatoria. El resultado de anatomía patológica fue hepatocarcinoma medianamente diferenciado, grado 2, de patrón histológico sólido, que mide 13x8x16cm. En el post-operatorio cursó con atelectasia basal derecha, coagulopatía, ascitis e hipoalbuminemia que fue tratado con manejo médico; e inicia terapia con entecavir.

El seguimiento se realiza con tomografía y AFP cada 3 meses, y a los 9 meses de operado en la TAC y en la RMN trifásica se encuentra un nódulo de 2 cm captador de contraste en borde de remanente hepático (Figura F;G;H), con AFP en 16, se le realiza laparotomía exploratoria, ecografía intraoperatoria y se extirpa el nódulo de 2 cm, con tejido desvitalizado en el borde hepático, impresiona granuloma y se envía a biopsia por congelación, la que reporta inflamación crónica, no neoplasia maligna (Figura I). Actualmente asintomático sin recurrencia de enfermedad a los 14 meses de la cirugía.



**Figura 1.** A y B: Resonancia Magnética. C y D: Pieza operatoria de hepatectomía izquierda extendida. E: Hígado remanente (segmentos 6 y 7).

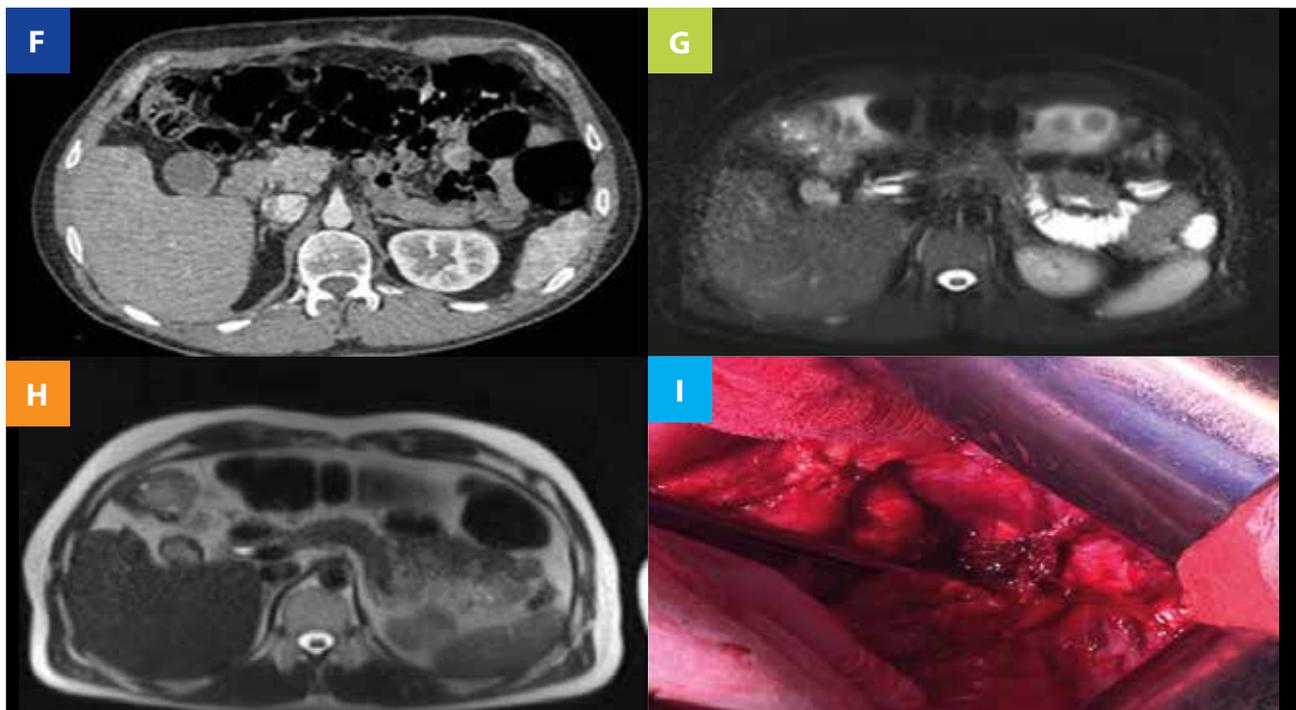


Figura 2. F: Tomografía, G y H: Resonancia magnética. I: granuloma en borde de remanente hepático.

CASO CLÍNICO

## DISCUSIÓN

El primer reporte de hepatectomía extendida como tratamiento de tumor hepático maligno fue realizado por Lortat-Jacob en 1952.<sup>6</sup> Desde allí con la mejora de la técnica quirúrgica, anestesiológica, manejo de UCI en el postoperatorio, instrumental de transección hepática, etc se realizan con mayor frecuencia y con menor tasa de morbilidad y mortalidad.<sup>7,8</sup> Las hepatectomías ampliadas o extendidas son aquellas que involucran la resección de 5 o más segmentos de Couinaud y que pueden llegar a tasas de morbilidad del 30 al 55% y mortalidad de 0 a 7%.<sup>5,7,9-11</sup> que se derivan de la insuficiencia hepática post-operatoria.<sup>14</sup>

Para Wei A, et al en 155 pacientes con hepatectomía extendida por hepatocarcinoma encontraron como principales complicaciones postoperatorias ascitis y efusión pleural<sup>11</sup>, que fue lo encontrado en nuestro caso. Los factores asociados a la mortalidad perioperatoria fueron principalmente la colangitis y la hiperbilirrubinemia<sup>5</sup>, por lo que se recomienda el drenaje biliar externo pre-operatorio, ya que la hiperbilirrubinemia tiene un efecto negativo para la regeneración hepática post-operatoria.<sup>5,12</sup>

La volumetría hepática del remanente hepático funcional como predictor de insuficiencia hepática es básico antes de planificar una resección hepática. Se considera aceptable un volumen residual funcional mayor al 20%, en hígado sano<sup>13</sup>, que en este caso se

cumplió, por lo que nuestro paciente hizo una falla hepática postoperatoria grado B que pudo ser tratada con manejo médico y no llegó a una falla severa.

El otro factor asociado a la morbi-mortalidad en cirugía hepática es el sangrado intra-operatorio y las transfusiones de sangre<sup>11</sup>, que por sí solo puede aumentar el riesgo de falla hepática y de infecciones, independientemente de la volumetría.

Chen X, et al reportaron una sobrevida para hepatectomía extendida en hepatocarcinoma de 67.8% al año, 45.5% a 3 años y 28.9% a 5 años<sup>15</sup>; sin embargo, el problema de la resección hepática es la recurrencia de 20% al año, 50% a 3 años y 75% a 5 años<sup>16</sup>, por lo que es importante el seguimiento de 3 meses los 2 primeros años y luego cada 6 meses con AFP y TAC o RMN trifásica<sup>17,18</sup>, para poder diagnosticar y tratar a tiempo la recurrencia.

## CONCLUSIÓN

En conclusión, la hepatectomía extendida para hepatocarcinoma en pacientes no cirróticos es factible y la morbimortalidad es aceptable, así como su sobrevida, siendo la clave el estudio pre-operatorio y el manejo intra y post-operatorio, así como el seguimiento a largo plazo.

**Contribuciones de autoría:** Los autores participaron en la generación, recolección de información, redacción y aprobación final del artículo original.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Conflicto de interés:** Los autores declaran no tener conflicto de interés en la publicación de este artículo.

**Recibido:** 05 de setiembre del 2018

**Aprobado:** 05 de octubre del 2018

**Correspondencia:** Consuelo Elsa Cornejo Carrasco

**Dirección:** El cortijo 473 casa N°8. Urb. Monterrico Chico. Santiago de Surco, Lima-Perú

**Celular:** (51) 998451040

**Correo:** docconsuelocornejo@gmail.com

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### CASO CLÍNICO

1. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. *J Hepatol* 2018; 1-55
2. Varela M, Reig M, De la Mata M, Matilla A, Bustamante J, Pascual S, et al. Tratamiento del carcinoma hepatocelular en España. Análisis de 705 casos en 62 centros. *MedClin(Barc)*. 2010;134:569-76.
3. Akinyemiju T, Abera S, Ahmed M, Alam N, Alemayohu MA, Allen C, et al. The burden of primary liver cancer and underlying etiologies from 1990 to 2015 at the global, regional, and national level. *JAMA Oncol* 2017;3:1683-1691.
4. Vauthey JN, Pawlik TM, Abdalla EK, Arens JF, Nemr RA, Wei SH et al. Is extended hepatectomy for Hepatobiliary malignancy justified? *Ann Surg* 2004; 239: 722-732.
5. Meléndez J, Ferri E, Zwillman M, Fischer M, De Matteo R, Leung D et al. Extended hepatic resection: A 6-year retrospective study of risk factors for perioperative mortality. *J Am Coll Surg* 2001; 192: 47-53.
6. Lortat-Jacob JL, Robert HG, Henry C. Hepatectomie lobaire droite reglee pour tumeur maligne secondaire. *Arch Mal Appar Dig Mal Nutr* 1952; 41: 662-667.
7. Jarnagin W, Gonen M, Fong Y, De Matteo R, Ben-Porat L, Little S, Corvera C, Weber S, Blumgart L. Improvement in perioperative outcome after hepatic resection: analysis of 1,803 consecutive cases over the past decade. *Ann Surg*. 2002 Oct;236(4):397-406.
8. Dimitroulis D, Tsaparas P, Valsami S, Mantas D, Spartalis E, Markakis C, Kouraklis G. Indications, limitations and maneuvers to enable extended hepatectomy: current trends. *World J Gastroenterol*. 2014 Jun 28;20(24):7887-93.
9. Jia C, Weng J, Qin Q, Chen Y, Huang X, Fu Y. Anatomic trisegmentectomy: An alternative treatment for huge or multiple hepatocellular carcinoma of right liver. *Biomed Pharmacother*. 2017 Apr;88:684-688.
10. Guerra F, Jarufe N, Martínez J, Guzman S, Pacheco F, Guajardo M, et al. Hepatectomía extendida. Una alternativa segura en lesiones hepatobiliares malignas. *Rev Chi Cir* . 2007;59 (6):430-5.
11. Wei AC, Tung Ping Poon R, Fan S-T, Wong J. Risk factors for perioperative morbidity and mortality after extended hepatectomy for hepatocellular carcinoma. *Br J Surg* 2003; 90: 33-41.
12. Makuuchi M, Thai BL, Takayasu K, Takayama T, Kosuge T, Gunven P et al. Preoperative portal embolization to increase safety of major hepatectomy for hilar bile duct carcinoma: a preliminary report. *Surgery* 1990; 107: 521-521.
13. Belghiti J, Ogata S. Assessment of hepatic reserve for the indication of hepatic resection. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2005; 12: 1-3.
14. Truant S, El Amrani M, Skrzypczyk C, Boleslawski E, Sergent G, Hebbar M, Dharancy S, Pruvot FR. Factors associated with fatal liver failure after extended hepatectomy. *HPB (Oxford)*. 2017 Aug;19(8):682-687.
15. Chen X1, Li B, He W, Wei YG, Du ZG, Jiang L. Mesohepatectomy versus extended hemihepatectomy for centrally located hepatocellular carcinoma. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*. 2014 Jun;13(3):264-70.
16. European Association for the Study of the Liver, European Organisation for Research and Treatment of Cancer. Guías de Práctica Clínica de EASL-EORTC: Tratamiento del carcinoma hepatocelular. *J Hepatology* 2012 (56): 908-943
17. Verslype C, Rosmorduc O, Rougier P, and ESMO Guidelines Working Group. Hepatocellular carcinoma: ESMO-ESDO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* 2012. 23 (7):41-48.
18. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Hepatobiliary cancer. 2018.