



# **El Reto Clínico del mes Enero 2021**

**Caso clínico de hepatología.**

Dra. Silvia Acosta López. Hospital Universitario N<sup>ª</sup> Señora Candelaria, Tenerife.

Dr. Mileidis San Juan Acosta. Hospital Universitario N<sup>ª</sup> Señora Candelaria, Tenerife.

- Paciente varón de 56 años con consumo de alcohol a dosis tóxicas, sin otros antecedentes de interés, que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal, mareos y sudoración profusa.
- Constantes: TA 105/57, FC 102 lpm. Regular estado general, afebril.
- A la exploración, abdomen con semiología de ascitis moderada, no a tensión sin signos de irritación peritoneal.

**Siguiente**

- Analítica a su llegada a urgencias:
  - Hemoglobina 6,5 g/dL, hematíes 3.630.000/microlitro, hematocrito 25,2%.
  - Leucocitos 10.020/microlitro (neutrófilos 85%).
  - Plaquetas 138.000/microlitro.
  - Actividad del tiempo de protrombina 62%.
  - PCR 5 mg/ dL (normal <0,5 mg/dL).
- Se realiza paracentesis diagnóstica:

**Siguiente**

- Hematías 5.069.000 células/mm<sup>3</sup>.
- Leucocitos 4184 células/mm<sup>3</sup> (neutrófilos 26%, linfocitos 74%).
- Glucosa 116 mg/dL.
- Proteínas 37 g/l.
- LDH 414 UI/L.

**Siguiente**

## Pregunta 1: Basándonos en el estudio bioquímico del líquido ascítico ¿cuál es el diagnóstico?

- a) Las proteínas en el líquido están elevadas, por lo que probablemente se trate de un paciente con insuficiencia cardiaca derecha descompensada en el contexto de la anemia.
- b) El líquido es diagnóstico de hemoperitoneo.
- c) El recuento de neutrófilos es superior a 250 células/mm<sup>3</sup>, por lo que se trata de una peritonitis bacteriana espontánea.

Respuesta incorrecta

**Inténtelo de nuevo**

¡Respuesta correcta!

b) El líquido es diagnóstico de hemoperitoneo.

Siguiente

# Explicación.

- Se considera ascitis hemorrágica cuando el recuento de hematíes es superior a 10.000 hematíes/microlitro o cuando el valor de hematocrito en el líquido es de 0.5%. En pacientes con hemoperitoneo masivo la ascitis puede contener un hematocrito cercano al 40%.
- Aunque en este caso no contamos con el hematocrito del líquido, observamos que el recuento de hematíes es superior incluso al que existe en la sangre periférica, por lo que es diagnóstico de hemoperitoneo.
- Cuando el líquido es hemorrágico debe corregirse descontando un polimorfonuclear por cada 250 hematíes. Tras esta corrección el líquido no cumple criterios de peritonitis bacteriana espontánea.

**Siguiente**

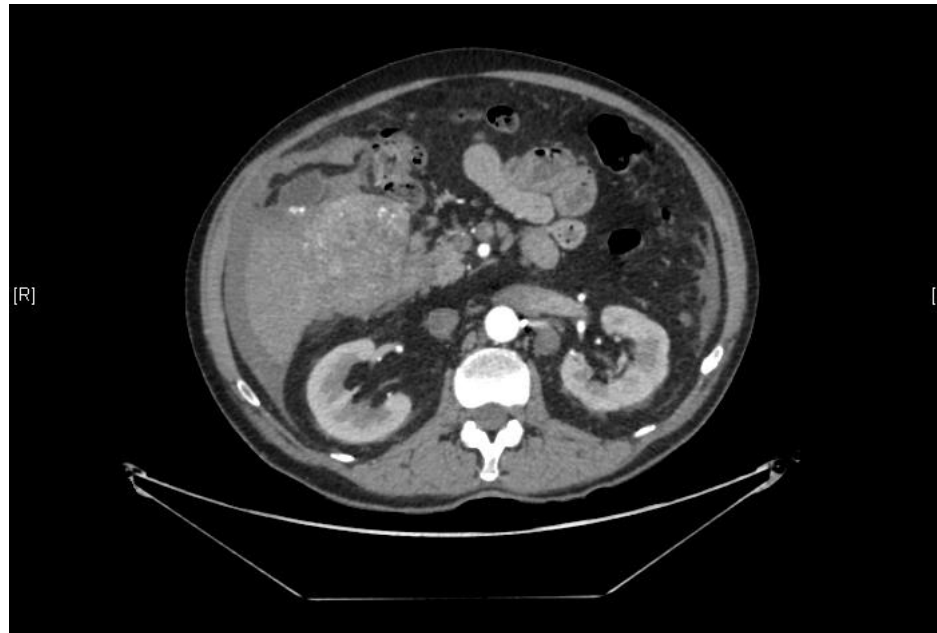


Tras conseguir la estabilización hemodinámica del paciente, se realizó una ecografía de abdomen en la que se observó un hígado heterogéneo y de bordes nodulares con una lesión heterogénea en segmento VI hepático que establecía el diagnóstico diferencial entre hematoma subcapsular versus lesión ocupante de espacio hepática.

**Siguiente**

Se realizó por ello un TC de abdomen trifásico, que evidencia una masa de 78X69 mm en segmento 6 hepático, de crecimiento excrecente; otra lesión adyacente de 48X32mm; varias lesiones en segmento 8, la mayor de 26X17mm. Todas ellas presentan realce en fase arterial y un lavado posterior.

Esplenomegalia. Porta aumentada de tamaño, sin trombosis. Ascitis moderada de predominio perihepático.



**Siguiente**

**Pregunta 2:** ¿Cuál es el diagnóstico de la lesión observada en el TC de abdomen?

- a) Se trata de un carcinoma hepatocelular.
- b) El comportamiento de la lesión hepática descrita en el TC dinámico establece el diagnóstico diferencial entre carcinoma hepatocelular y un hemangioma multicéntrico.
- c) El comportamiento es típico de carcinoma hepatocelular, pero necesitamos confirmación histológica.

Respuesta incorrecta

**Inténtelo de nuevo**

¡Respuesta correcta!

a) Se trata de un carcinoma hepatocelular.

Siguiente

- El diagnóstico del carcinoma hepatocelular en pacientes cirróticos se establece con criterios no invasivos obtenidos mediante TC multifásico, RMN dinámica o ecografía con contraste. Aquellos pacientes cirróticos en los que el diagnóstico no quede claro por medio de técnicas radiológicas y los pacientes no cirróticos requieren confirmación histológica a través de una biopsia hepática.
- En este caso el paciente presenta datos radiológicos típicos de cirrosis con hipertensión portal, por lo que los criterios radiológicos típicos observados en el TC dinámico permiten llegar al diagnóstico de carcinoma hepatocelular.
- Los hemangiomas hepáticos presentan típicamente una captación de contraste periférica seguida de una captación central en fases tardías.

**Siguiente**

- Ante los hallazgos del TC se realizó una arteriografía en la que se confirma el sangrado activo de la lesión de mayor tamaño, que se embolizó en el mismo acto.
- El paciente fue dado de alta tras una semana de ingreso y fue derivado a la consulta monográfica de tumores hepáticos.

**Siguiente**

- En la valoración en consulta el paciente se encuentra asintomático, sin datos de descompensación de la cirrosis. Sigue bebiendo alcohol a dosis tóxicas.
- Analítica de control:
  - Hemoglobina 13.6 g/dL (13-16.5 g/dL).
  - INR 1.25 (0.95-1.30).
  - Albúmina 3470 mg/dL (3900- 5100 mg/dL).
  - Bilirrubina total: 0.8 mg/dL (0.20-1.2 mg/dL).
  - AFP 1200 ng/mL (<10 ng/mL).
- TC multifásico de control: masa de 82X73 mm en segmento 6 con realce en fase arterial y lavado posterior, con áreas heterogéneas compatibles con necrosis. En continuidad se observa otra lesión de 47X37 mm, anterior a la vesícula. En la cúpula, en segmento 8, se identifica otra lesión de 31X19 mm, así como otras lesiones de menos tamaño compatibles con lesiones satélites. Todas ellas tienen un comportamiento compatible con carcinoma hepatocelular.
- TC tórax: normal.

**Siguiente**



**Pregunta 3:** ¿En qué estadio tumoral de la BCLC se encuentra?

a) Estadio B.

b) Estadio C.

c) Estadio D.

Respuesta incorrecta

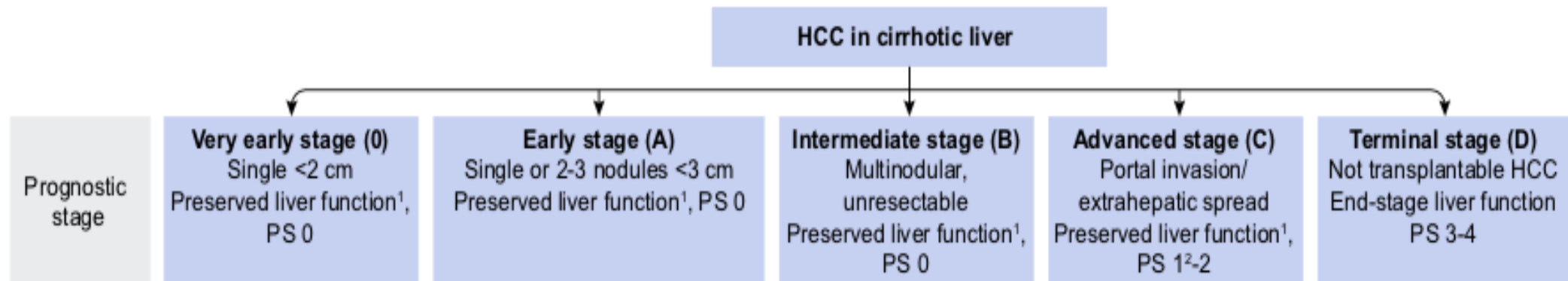
**Inténtelo de nuevo**

¡Respuesta correcta!

a) Estadio B.

Siguiente

- Se trata de un paciente con función hepática conservada (A6 de Child Pugh), y asintomático (ECOG 0), con una carga tumoral que excede los criterios de Milán (un nódulo solitario o 2-3 nódulos <3 cm). No obstante, no existe invasión portal ni afectación extrahepática. Se trata por ello de un estadio B de la BCLC.



*EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. J Hepatol. 2018.*

**Siguiente**

**Pregunta 4:** ¿Qué tratamiento es el más adecuado en este paciente?

- a) Trasplante hepático, dado que se trata de un paciente muy joven.
- b) Quimioembolización hepática.
- c) Tratamiento sintomático, ya que tiene mucha carga tumoral.

Respuesta incorrecta

**Inténtelo de nuevo**

¡Respuesta correcta!

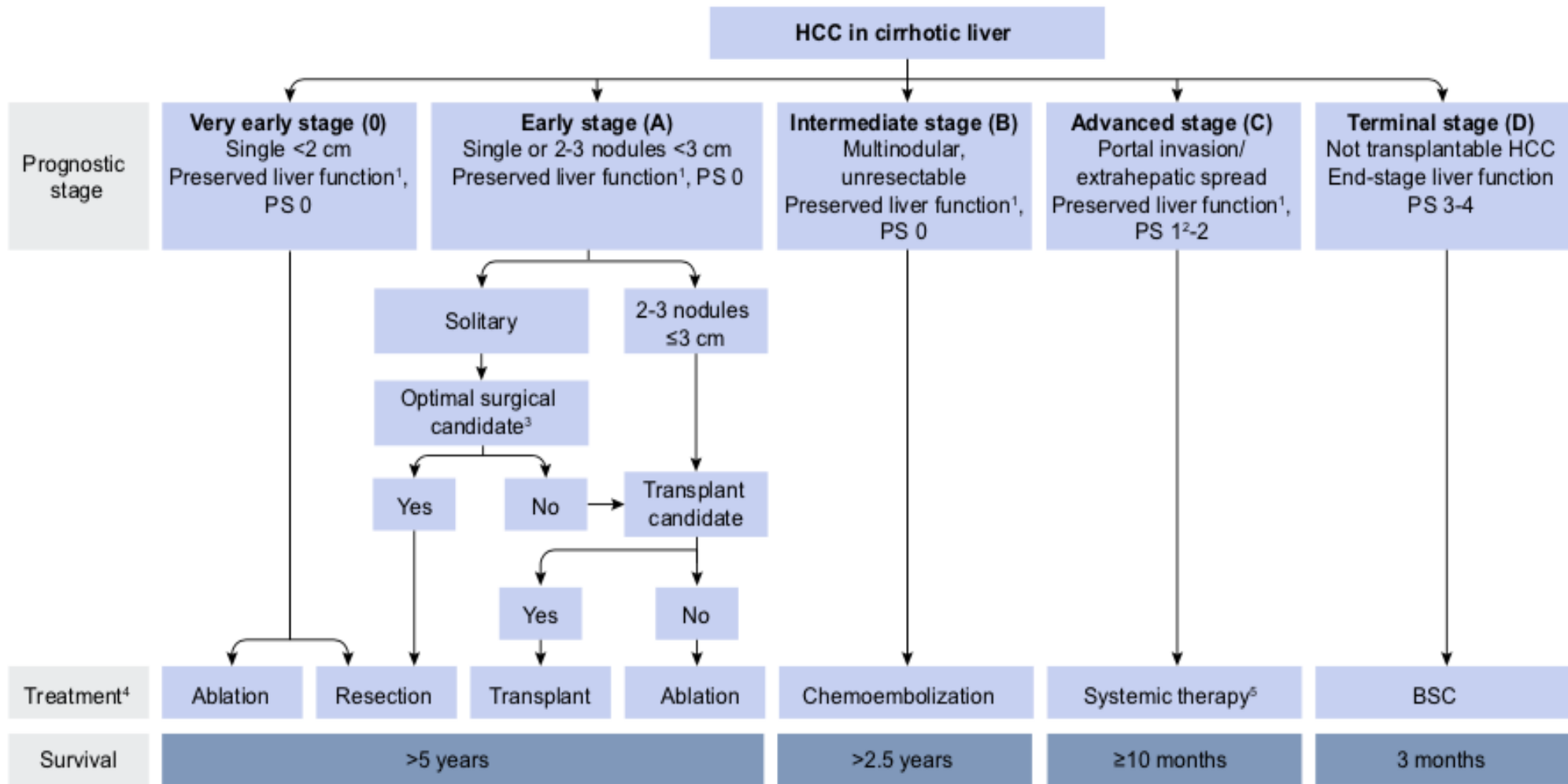
b) Quimioembolización hepática.

[Siguiete](#)

- La carga tumoral que presenta el paciente sobrepasa con creces los criterios de Milán, por lo que no parece un buen candidato para el trasplante hepático. Aunque han sido propuestos múltiples criterios expandidos para el trasplante hepático, no se ha llegado a un consenso y, en cualquier caso, el paciente sobrepasa los principales criterios, como el up-to-7 criteria o el University of California San Francisco (UCSF) criteria. Aunque en algunos pacientes que sobrepasan estos criterios se podría plantear realizar un downstaging (tratamiento previo con quimioembolización o ablación que disminuya la carga tumoral hasta cumplir los criterios de Milán y poder realizar un trasplante posterior), parece improbable que esto ocurra con una afectación tan extensa. Además, el paciente sigue bebiendo alcohol.
- El tratamiento sintomático se establecerá en pacientes con deterioro clínico o de la función hepática.

**Siguiente**





EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. J Hepatol. 2018.

**Siguiente**

- El paciente sigue asintomático en la actualidad. Ha recibido dos sesiones de quimioembolización. En el último TC de control se confirma estabilidad de la enfermedad según criterios de mRECIST.

**Siguiente**

*Para saber más....*

1. Pardo Balterito A, Quintero Carrión E. Diagnóstico de la Ascitis, GH Continuada. 2008; 7(1).
2. Galle P, Forner A, Llovet J, Mazzaferro V, Piscaglia F, Raoul J, et al. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. J Hepatol. 2018;69(1):182–236.

**Siguiente**



# Ha finalizado el caso clínico.

## Caso clínico de hepatología.

Dra. Silvia Acosta López. Hospital Universitario N<sup>ª</sup> Señora Candelaria, Tenerife.

Dr. Mileidis San Juan Acosta. Hospital Universitario N<sup>ª</sup> Señora Candelaria, Tenerife.