



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



IMAGEN CLÍNICA EN GASTROENTEROLOGÍA

Carcinoma hepatocelular avanzado con trombosis tumoral de la vena cava inferior y embolia pulmonar

Advanced hepatocellular carcinoma with tumor thrombosis of the inferior vena cava and pulmonary embolism

M. Cunha-Silva*, R.D. Greca y T. Sevá-Pereira

División de Gastroenterología (Gastrocentro), Departamento de Medicina Interna, Universidad de Campinas (Unicamp), Campinas, Brasil



La embolia pulmonar en pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) puede ser resultado de la embolización del tumor, de microangiopatía trombótica del tumor o de tromboembolia. La presentación clínica va de lo asintomático al dolor abdominal o torácico, tos, hemoptisis, disnea o ascitis.

Un hombre de 49 años presentó sangrado de vrices esofágicas y, además, se le diagnosticó cirrosis relacionada con enfermedad de hígado graso asociado a disfunción metabólica. El paciente fue referido a continuación a nuestro centro para investigar nódulos hepáticos detectados por medio de ultrasonido. El paciente estaba asintomático, con una clasificación de Child-Pugh A5 y puntuación de MELD de 12. Una tomografía computarizada (TC) de contraste del abdomen mostró CHC multinodular/infiltrante, con un trombo tumoral en la vena hepática derecha que se extendía a la vena cava inferior (fig. 1). Además, se identificaron émbolos en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo en la TC de tórax (fig. 2). La alfafetoproteína sérica fue de 509 ng/ml, el gammagrama óseo no presentó alteraciones y el ecocardiograma transtorácico no mostró extensión al corazón.

Se han reportado trombos tumorales, lo que lleva a una menor supervivencia, en menos del 3% de los pacientes con CHC. La ausencia de síntomas respiratorios en el paciente se debió posiblemente a la afectación de solo pequeñas ramificaciones arteriales pulmonares, pero la migración del trombo podría resultar en una embolia pulmonar masiva y la muerte. Debido a que el paciente estaba en etapa C del BCLC, fue referido a tratamiento sistémico con sorafenib, pero se perdió en el seguimiento.

Este reporte enfatiza la necesidad 1) de buscar CHC en todos los pacientes que presenten sangrado de vrices esofágicas como primera manifestación de cirrosis y 2) de detectar enfermedad de hígado graso asociado a disfunción metabólica en pacientes con fibrosis hepática avanzada para incluirlos en la vigilancia de CHC.

Responsabilidades éticas

El presente reporte fue revisado y aprobado por el Comité Local de Ética. El paciente estuvo de acuerdo en participar en la investigación y firmó un consentimiento informado por escrito, que está en posesión del autor correspondiente. Los autores declaran que el presente artículo no contiene información personal que permita identificar al paciente.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marlone.cunha@gmail.com
(M. Cunha-Silva).



Figura 1 Tomografía computarizada en la fase arterial: carcinoma hepatocelular infiltrante y multinodular con lesión hipodensa entre los segmentos V/VIII con medidas de 60 mm en su diámetro más grande (necrosis). Se observa un trombo en la imagen de contraste dentro de la vena hepática derecha (flechas rojas) que se extiende hacia la vena cava inferior. A) Plano transversal. B) Plano coronal.

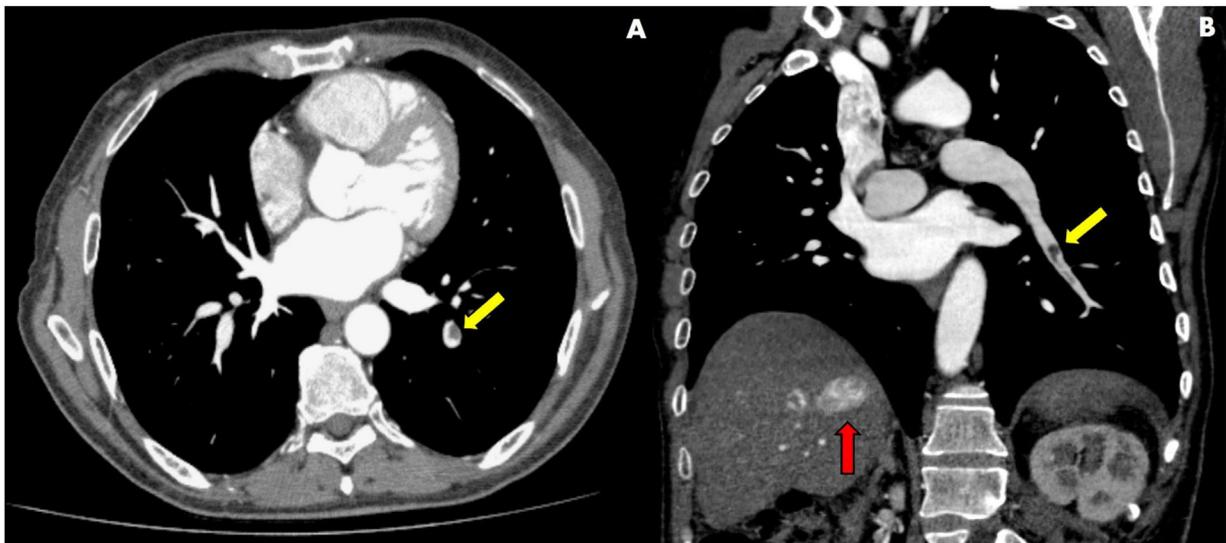


Figura 2 Tomografía computarizada en la fase arterial. Las flechas amarillas muestran defectos de llenado parciales en las ramificaciones arteriales de segmento en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo, que corresponde a embolia pulmonar. No existe evidencia de metástasis pulmonar. La flecha roja revela trombos tumorales dentro de la vena hepática derecha. A) Plano transversal. B) Plano coronal.

Financiación

No se recibió financiamiento alguno con relación al presente artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.