

Caso	(203) Hallazgos radiológicos en el hemoperitoneo secundario a rotura espontánea de hepatocarcinoma.
Autores	Mario Fernández Conesa, Álvaro Moyano Portillo, Felipe Santiago Briones Bajaña.
Centro	Hospital Clínico Universitario San Cecilio

EXPOSICIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un paciente de 86 años que acudió a Urgencias por cuadro de malestar general, dolor abdominal intenso, náuseas y vómitos, asociado a episodios de síncope con recuperación espontánea. Como antecedentes de interés presentaba HTA, flutter atípico permanente anticoagulado, cuadros de hemorragia digestiva alta por úlcera gástrica y cirrosis hepática secundaria a VHC.

Durante su evolución en Urgencias, persistía mal estado general, con hipotensión pese al aporte de fluidoterapia, taquicardia y disminución de hemoglobina-hematocrito, por lo que se solicitó angio-TC toraco-abdomino-pélvico sospechando síndrome aórtico agudo. Se apreciaron hallazgos compatibles con hepatopatía crónica en fase cirrótica avanzada y lesión no conocida sugerente de hepatocarcinoma, que presentaba signos de sangrado arterial activo y hemoperitoneo en cuantía moderada.

Ante dichos hallazgos se contactó urgentemente con Radiología Intervencionista, realizándose embolización arterial supraselectiva. El paciente ingresó a cargo de Digestivo, con buena evolución posterior y alta.

DISCUSIÓN

El hemoperitoneo es una complicación aguda secundaria a rotura espontánea del carcinoma hepatocelular(CHC), con alta tasa de mortalidad. Tiene una prevalencia del 1% y es más frecuente en pacientes de 75-80 años con cirrosis hepática. Su incidencia varía según la distribución geográfica siendo mayor en Asia.

La etiología del sangrado es multifactorial. Algunos factores pueden incrementar el riesgo de sangrado: coagulopatías, trombocitopenias asociada a cirrosis, terapias antiagregantes-anticoagulantes o con Sorafenib. Primero se produce una hemorragia intraparenquimatosa, que puede progresar hacia hemorragia-hematoma subcapsular y rotura capsular con hemoperitoneo.

Clínicamente cursa con dolor abdominal, inestabilidad hemodinámica y shock. Si la rotura afecta a la vía biliar (hemobilia) puede dar un cuadro característico con dolor abdominal, melenas e ictericia (tríada de Quincke).

En el diagnóstico la ecografía abdominal es útil para demostrar la presencia de hemoperitoneo, especialmente si hay inestabilidad hemodinámica. La TC abdominopélvica con contraste intravenoso multifase es la prueba de elección de urgencia, ya que permite realizar un adecuado diagnóstico diferencial, demostrar de manera más precisa la presencia y causas de hemoperitoneo y valorar signos de sangrado activo. Los CHC generalmente son lesiones hipervasculares en fase

arterial con lavado en fase venosa y pseudocápsula. Los sangrantes suelen ser multicéntricos o grandes lesiones únicas(>5cm), periféricas y exofíticas, con extravasación de contraste en fases arterial y tardías en caso de sangrado activo.

La angiografía rara vez se realiza en el diagnóstico inicial, pero es una técnica muy útil en el manejo diagnóstico-terapéutico. La embolización arterial trascatéter ha reemplazado en gran medida al resto de métodos hemostáticos quirúrgicos, por su gran efectividad en la detección y tratamiento del sangrado y como terapia puente a la cirugía, especialmente en pacientes hemodinámicamente inestables.

La hepatectomía programada es el tratamiento definitivo y de elección en la rotura espontánea del CHC, con mayores tasas de supervivencia.

CONCLUSIÓN

La rotura espontánea de CHC es uno de los diagnósticos a tener en cuenta en el abdomen agudo, especialmente en pacientes hepatópatas crónicos con o sin lesión ocupante de espacio. El hemoperitoneo es una complicación aguda secundaria a rotura del CHC, con alta tasa de mortalidad. Por ello es importante integrar datos clínico-analíticos y hallazgos de pruebas de imagen para llegar a un adecuado diagnóstico de manera precoz.

En este contexto, la TC abdominopélvica con contraste iv multifase es la prueba de elección en el diagnóstico de urgencia. La angiografía es una técnica versátil en el diagnóstico y tratamiento urgente del sangrado, siendo en este caso la embolización arterial selectiva una gran alternativa terapéutica que está reemplazado en gran medida al resto de métodos hemostáticos quirúrgicos.



Angio TC abdominopélvica en proyecciones axial y sagital (A y B): lesión focal nodular en segmento hepático 3, heterogénea con hiperrealce en fase arterial (flecha) y extravasación de contraste iv (punta de flecha). Hallazgos compatibles con hepatocarcinoma con signos de sangrado activo y hemoperitoneo (estrella). Arteriografía selectiva de tronco celíaco y hepática izquierda (C) con embolización arterial trascatéter supraselectiva por micropartículas y oclusión del punto sangrante.

BIBLIOGRAFÍA

Srimanta K. Sahu, Yogesh K. Chawla, Radha K. Dhiman. Rupture of Hepatocellular Carcinoma: A Review of Literature. *J Clin Exp Hepatol.* 2019;9(2):245-256. <https://doi.org/10.1016/j.jceh.2018.04.002>

Nicola Tartaglia, Alessandra Di Lascia, Pasquale Cianci. Hemoperitoneum caused by spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma in noncirrhotic liver. A case report and systematic review. *Open Medicine* 2020; 15: 739-744. <https://doi.org/10.1515/med-2020-0202>

Lilian Schwarz, Michael Bubenheim, Johanna Zemour. Bleeding Recurrence and Mortality Following Interventional Management of Spontaneous HCC Rupture: Results of a Multicenter European Study. *World J Surg.* 2018;42(1):225-232. <https://doi.org/10.1007/s00268-017-4163-8>

Hiroshi Yoshida, Yasuhiro Mamada, Nobuhiko Taniai. Spontaneous ruptured hepatocellular carcinoma. *Hepatology Research* 2016; 46: 13-21. <https://doi.org/10.1111/hepr.12498>