



www.elsevier.es/cirugia

P-249 - IMPLANTE DE CARCINOMA HEPATOCELULAR A PARED ABDOMINAL POST-RADIOFRECUENCIA

S. Serra Pla, N. Bejarano González, A. Romaguera Monzonis, D. Gil Bello, N. García Monforte, Á. Corcuera Amill, F.J. García Borobia y S. Navarro Soto

Hospital Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Objetivos: Destacar el riesgo de diseminación de carcinoma hepatocelular (CHC) a pared abdominal siguiendo el trayecto de punción para tratamiento mediante radiofrecuencia (RF).

Métodos: Presentamos el caso de dos pacientes con diseminación de CHC en el trayecto de punción de la RF.

Casos clínicos: Caso 1: paciente mujer de 89 años. Cirrosis hepática Child A por VHC diagnosticada en 1990, con hipertensión portal y varices esofágicas. En enero de 2006 presenta lesión de 45 mm en segmento VI sugestiva de CHC que se trata mediante RF. En octubre de 2008 presenta recidiva tumoral y aparición de un nuevo nódulo en segmento V de 13 mm que se tratan de nuevo mediante RF. En septiembre del 2009 se evidencia aparición de un tercer nódulo en segmento VI y un implante tumoral en musculatura de pared abdominal derecha, siguiendo el trayecto de punción del nódulo del segmento VI. Se realiza RF del nódulo hepático y resección quirúrgica del implante tumoral en pared abdominal. Mala evolución con recidiva tumoral hepática en marzo del 2013. La paciente es exitus en diciembre de 2013. Caso 2: paciente mujer de 82 años. Cirrosis hepática Child A de causa no filiada. En febrero de 2013 presenta dos lesiones compatibles con CHC de 18 mm en segmento IVa y 26 mm en segmento III que se tratan mediante RF. Trece meses después, aparición de un nódulo en pared abdominal siguiendo el trayecto de punción para realización de RF en el segmento III. Biopsia compatible con CHC. En abril de 2014 se realiza exéresis quirúrgica de la lesión que afecta a tejido subcutáneo, músculo recto anterior y su aponeurosis. Desde enero de 2003 se han realizado en nuestro centro 486 tratamientos con RF de nódulos hepáticos sugeritivos de CHC o nódulos displásicos de alto grado (NDAG). De éstos, 3 pacientes (0,6%) han presentado implantes en pared abdominal. En la literatura, se han descrito diferentes casos de diseminación a pared abdominal o diafragma de tumores hepáticos primarios o metastásicos, siguiendo el trayecto de punción para diagnóstico o tratamiento. La incidencia en pacientes con CHC y punción para RF es del 0,61% (0-5,6% según series), y esta incidencia puede llegar a ser del 12,5% si el nódulo es puncionado en más de una ocasión (para diagnóstico y tratamiento). Dado este riesgo, se recomienda evitar en lo posible las biopsias hepáticas. Otros grupos también describen la aparición de implantes en las cicatrices de la cirugía (laparotomías o puntos de inserción de drenajes). Por eso, recomiendan además la vigilancia de dichas cicatrices durante el seguimiento. El tratamiento de estas lesiones en músculo, aponeurosis, tejido subcutáneo, piel o diafragma, es la resección quirúrgica de las mismas.

Discusión: La diseminación de CHC, siguiendo el trayecto de punción para diagnóstico o tratamiento es una complicación a tener en cuenta. Es importante conocer este riesgo para poder prevenirlo y diagnosticarlo

precozmente. Siempre que sea posible, el tratamiento debe ser la resección del implante.