



P-546 - HEPATOCOLANGIOCARCINOMA COMO HALLAZGO INCIDENTAL TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO. RECIDIVA Y EXITUS ANTES DEL AÑO

G. Jiménez Riera, E. Perea del Pozo, J.A. Navas Cuéllar, L.M. Marín Gómez, J.M. Álamo Martínez, C. Bernal Bellido, F.J. Padillo Ruiz y M.Á. Gómez Bravo

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: El hepatocolangiocarcinoma combinado (HCC) es un raro tumor hepático epitelial, con una incidencia de 0,4-14,2%, que está aumentando durante los últimos 10 años. Tiene características compartidas de hepatocarcinoma y colangiocarcinoma. La patogenia continúa siendo desconocida. El primer caso fue descrito en 1903 por Wells. Desde entonces se han utilizado varias clasificaciones. La más reciente y actualmente vigente es la propuesta por la OMS. Nuestro objetivo es presentar el caso de un trasplante hepático (TH) con hallazgo incidental de HCC en el explante, que desarrolla recidiva tumoral y exitus antes del año.

Caso clínico: Varón de 54 años con diagnóstico de cirrosis hepática con datos de hipertensión portal (MELD 11), con antecedentes de diabetes (insulina), dislipemia (atorvastatina), tabaquismo y enolismo ocasional, sometido a faquectomía bilateral. Durante el estudio de extensión (TC, RMN) se descubre una LOE de 2 cm en S8 compatible con hepatocarcinoma. Se incluye en lista de espera de TH. Como tratamiento puente se realiza ablación por radiofrecuencia y quimioembolización con respuesta parcial. En el seguimiento se objetivan nuevos focos hipercaptantes (S3, S4a y S7; 14, 7 y 12 mm) cuyo comportamiento radiológico no era típico de hepatocarcinoma. Durante todo el proceso pretrasplante mantuvo niveles de AFP y Ca 19.9 normales. El paciente es trasplantado, sometiéndose a tratamiento con Advagraf + MMF + PDN. En el postrasplante inmediato no se desarrolló rechazo agudo ni sobreinmunodepresión, manteniendo niveles de tacrolimus en rango terapéutico. La AP del explante informa de nódulo necrosado de 3 cm en S8, y otro nódulo de 1,8 cm en S6 de HCC moderadamente diferenciado con invasión vascular y cirrosis hepática de etiología alcohólica. Tras el hallazgo de HCC con datos de infiltración vascular como factor predictor de mal pronóstico (como lo son además el tamaño tumoral y la presencia de lesiones satélites) se decide modificar la inmunosupresión de tacrolimus a everolimus el tercer mes postrasplante. Una elevación de la GOT con rangos de inmunosupresión óptimos evidenciada a los 6 meses, lleva a solicitar AFP y Ca 19.9 (normales) y TC de abdomen: dos adenopatías interaortocavas de 18 y 15 mm, que en PET-TC se muestran metabólicamente activas y sugestivas de malignidad. La evidencia actual sugiere que los HCC tienen tendencia a la infiltración vascular y a la metástasis linfática, y que la linfadenectomía tiene potencialidad curativa. Decidimos la realización de linfadenectomía aórtica izquierda, interaortocava, resección de vena cava inferior con reparación de parche de pericardio bovino. El estudio histológico confirmó la presencia de HCC pobremente diferenciado con invasión venosa, linfática y neural. Dado el alto riesgo de recurrencia de esta entidad, se propone tratamiento adyuvante (gemcitabina + cisplatino + radioterapia) que no puede ser iniciado por deterioro clínico. Posteriormente se documenta recidiva hepática, pleural y ganglionar, falleciendo el paciente a los 10 meses postrasplante por insuficiencia respiratoria.

Discusión: El HCC es un tumor de difícil diagnóstico y mal pronóstico. En este caso, la supervivencia postrasplante no fue satisfactoria. El estudio pretrasplante no diagnosticó el HCC que, de haber sido detectado, hubiese contraindicado el TH.