



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-229 - HEPATOCARCINOMA SOBRE CIRROSIS HEPÁTICA POR OBSTRUCCIÓN MEMBRANOSA DE LA CAVA INFERIOR (BUDD-CHIARI-LIKE)

Sena Ruiz, Fátima; Molina Romero, Francesc Xavier; Morón Canis, José Miguel; Rodríguez Pino, José Carlos; Morales Soriano, Rafael; Jiménez Viñas, Carlos; Palma Zamora, Elías; González Argente, Francesc Xavier

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción: Presentamos un caso inusual de un paciente con cirrosis hepática producida por una obstrucción membranosa de la vena cava inferior (VCI) y aparición de un hepatocarcinoma en segmentos posteriores.

Caso clínico: Varón de 35 años, procedente de Marruecos, con antecedente de cólico nefrítico remitido a nuestra consulta por hallazgo ecográfico de lesiones hepáticas. La exploración física es anodina. En las exploraciones complementarias realizadas destacan: analítica sin alteraciones, estudio de hipercoagulabilidad negativo, serología viral, autoinmunidad y alfa-1-antitripsina negativos y alfafetoproteína elevada (2.065 ng/ml). Fibroscán: 28 kpa. En las pruebas de imagen: gastroscopia que demuestra gastropatía hipertensiva leve y presencia de varices esofágicas de pequeño tamaño. TC y RMN abdominal: cirrosis hepática, presencia de 3 nódulos en segmento VI sugestivos de CHC, esplenomegalia, obstrucción de VCI retrohepática. Cavografía: obstrucción de la VCI retrohepática por presencia de una membrana, permeabilidad de venas suprahepáticas y dilatación de circulación colateral vía ácigos. Gradiente de presión suprahepática: 15 mmHg. Tras valoración en el comité multidisciplinar de tumores hepáticos se decide recanalización endovascular de la VCI mediante abordaje yugular y femoral, y posterior dilatación con balón, y cirugía electiva del hepatocarcinoma. Posteriormente el paciente es intervenido de forma programada realizándose ecografía intraoperatoria que confirma la existencia de una lesión multinodular de 8 cm en segmentos VI-VI, múltiples nódulos parenquimatosos heterogéneos y permeabilidad de la VCI, así como de las venas suprahepáticas. Se realiza bisegmentectomía VI-VII, sin incidencias perioperatorias. El paciente fue dado de alta al 8º día del procedimiento. La anatomía patológica mostró CHC moderadamente diferenciado de más de 5 cm. En el TC abdominal de control a los 6 meses se objetiva ausencia de recidiva de lesiones hepáticas y permeabilidad de la VCI.

Discusión: La obstrucción membranosa de la VCI es una entidad rara, más prevalente en región de Sudáfrica, Japón o India. Es una lesión oclusiva localizada cercana a la desembocadura de la VCI en la aurícula derecha o bien justo debajo del diafragma. Produce un cuadro clínico Budd-Chiari-like aunque con características epidemiológicas, geográficas, clínicas y semiológicas diferentes. En estos pacientes existe un riesgo del 20-40% de desarrollar carcinoma hepatocelular (CHC). El tratamiento de la misma consiste en la recanalización endovascular de la VCI o sección segmentaria si este fracasara en un intento de prevenir la historia natural de la enfermedad. El tratamiento del hepatocarcinoma en este paciente, siguiendo las guías del Barcelona Clinic Liver Cancer, debería haber sido paliativo. Dada la edad del paciente y la localización del tumor, nos decantamos por la resección hepática que no presentó complicación postoperatoria.