

329/44 - DIAGNÓSTICO DE HEPATOCARCINOMA POR ECOGRAFÍA

I. Hernando García¹; M. Maamar El Asri²; A. Gutiérrez Pérez de Lis³; A. Artíme Fernández⁴; C. Varela César⁵; J. Loricera García⁶

¹Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Interior. Cantabria. ³Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria. ⁴Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Interior. Cantabria. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria. ⁶Médico Adjunto de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 70 años que acude a Urgencias por deterioro funcional progresivo asociado a fiebre. Como antecedentes personales, alergia a contrastes yodados, HTA, DM tipo 2, FA, insuficiencia cardíaca compensada, hepatopatía crónica por VHC, deterioro cognitivo de perfil frontotemporal y esquizofrenia paranoide. Se objetiva ITU, se procede a recogida de urocultivo y se ingresa en Medicina Interna para tratamiento antibiótico. Como hallazgo casual en analítica de ingreso, se detecta perfil hepático alterado.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración, el paciente presenta dolor a la palpación en hipocondrio derecho, siendo el resto de la exploración abdominal anodina. Orina: densidad y pH normal. Proteínas+, cetónicos+, leucocitos (esterasa leucocitaria)+, bilirrubina+, urobilinógeno++++, resto negativo. Sedimento: leucocitos 40-90 por campo, bacteriuria intensa. Urocultivo: infección urinaria por E. Coli. Bioquímica: ALT 46 U/l, AST 72 U/l, GGT 861 U/l, FA 243 U/l, bilirrubina total 1,3 U/l. Marcadores tumorales: alfa-fetoproteína 5.205 ng/ml, CA 19.9 68 u/ml. Ecografía abdominalpélvica: lesión focal en LHD de 6 cm compatible con hepatocarcinoma. Ecografía con contraste no yodado: lesión focal intrahepática con significativo realce en fase arterial y lavado portal. Presenta aspecto "capsular" y el comportamiento en el contexto de hepatopatía es típico de hepatocarcinoma.

Juicio clínico: Hepatocarcinoma.

Diagnóstico diferencial: Hepatocarcinoma vs colangiocarcinoma.

Comentario final: El carcinoma hepatocelular (CHC) es la neoplasia primaria de hígado más frecuente y actualmente ocupa la sexta posición por orden de frecuencia. Los factores de riesgo más habituales son la infección crónica por VHC y el alcoholismo, observándose el desarrollo de lesiones principalmente en presencia de hepatopatía crónica. Para realizar el diagnóstico, antes del año 2000 se realizaba estudio anatómopatológico de la lesión mediante punción-biopsia. Los problemas que suponía la realización de esta técnica llevaron a la búsqueda de nuevas técnicas diagnósticas, siendo actualmente el diagnóstico realizado mediante una prueba de imagen con contraste yodado (RMN dinámica o TAC multifásica). El diagnóstico por imagen puede realizarse gracias a la detección de un patrón vascular característico: "hipercaptación en fase arterial seguido de lavado de contraste en fase venosa". No obstante, en pacientes en los que por

cualquier motivo no podamos utilizar estas técnicas (alergia a contrastes yodados, insuficiencia renal, etc.) podemos realizar el diagnóstico de hepatocarcinoma con una ecografía con contraste no yodado. En el caso de nuestro paciente, se administró contraste endovenoso tras lo cual la lesión presentó un significativo realce en fase arterial, bastante homogéneo con un significativo lavado portal. En el contexto de hepatopatía crónica como la que presenta nuestro paciente, este comportamiento junto a una llamativa elevación de la AFP, confirma el diagnóstico de hepatocarcinoma.

Bibliografía

-Lencioni R, Piscaglia F, Bolondi L. Contrast-enhanced ultrasound in the diagnosis of hepatocellular carcinoma. *J Hepatol.* 2008;48(5):848-57.

-Vilana R, Forner A, García Á, Ayuso C, Bru C. Carcinoma hepatocelular: diagnóstico, estadificación y estrategia terapéutica. *Radiología.* 2010; 52(5):385-98.