



IMAGEN DEL MES

Complicación infrecuente tras quimioembolización de hepatocarcinoma sobre hígado cirrótico: absceso hepático y pyleflebitis

Unusual complication after chemoembolisation of hepatocellular carcinoma over liver cirrhosis: Liver abscess and pylephlebitis

María del Mar Díaz Alcázar*, Alicia Martín-Lagos Maldonado y Elena Ruiz Escolano

Unidad de Gestión Clínica del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España

Varón de 74 años con hepatocarcinoma en segmento VI (fig. 1) sobre cirrosis alcohólica, Child B8. Tratado con quimioembolización transarterial (QETA). A los 5 días presenta dolor en hipocondrio derecho, sin fiebre. Se realiza tomografía computarizada abdominal objetivando lesión abscesificada de 60 × 100 × 60 mm en segmento VI, que se extiende a espacio perihepático con colección de 160 × 22 × 135 mm y pyleflebitis (figs. 2 y 3). Se trata con meropenem intravenoso y drenaje percutáneo ecoguiado con colocación de catéter. En controles posteriores la colección disminuye de tamaño (fig. 4).

La QETA es el tratamiento de elección para el hepatocarcinoma estadio BCLC-B, también efectiva en metástasis hepáticas irresecables¹⁻³. Es mínimamente invasiva, aunque puede tener complicaciones graves como abscesos hepáticos^{1,4}. Son raros, con una incidencia del 0,2-5%, pero tienen elevada morbilidad^{1,2,4}. Son factores de riesgo: alteraciones biliares (esfinterotomía o anastomosis biliar), edad avanzada, diabetes, tumor grande o trombosis portal^{1,4}. Se ha propuesto como mecanismo patogénico la disfunción del esfínter de Oddi, que permitiría a bacterias acceder a la circulación hepática, infectando el tejido



Figura 1 Corte transversal de tomografía computarizada abdominal con contraste intravenoso en la que se objetiva lesión ocupante de espacio en segmento hepático VI de 40 × 30 mm compatible con hepatocarcinoma.

necrótico². Es importante el contexto clínico para diferenciarlos de la presencia de gas en la lesión embolizada por la necrosis pocos días postembolización. Además, a diferencia del síndrome postembolización, que suele ser precoz, los abscesos pueden presentarse pasada una semana¹.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mmardiazalcazar@gmail.com (M.d.M. Díaz Alcázar).

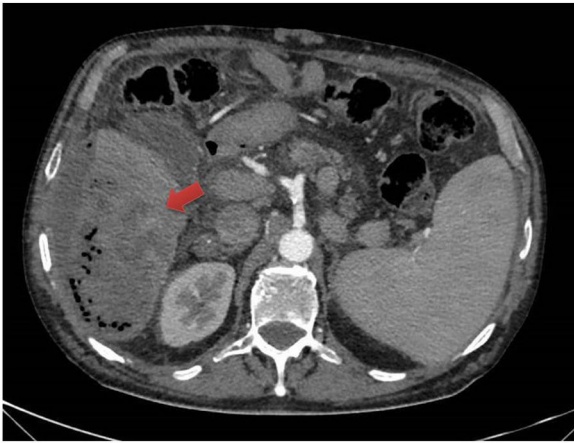


Figura 2 Corte transversal de tomografía computarizada abdominal con contraste intravenoso en la que se observa lesión abscesificada en segmento hepático VI con burbujas de aire en su interior.

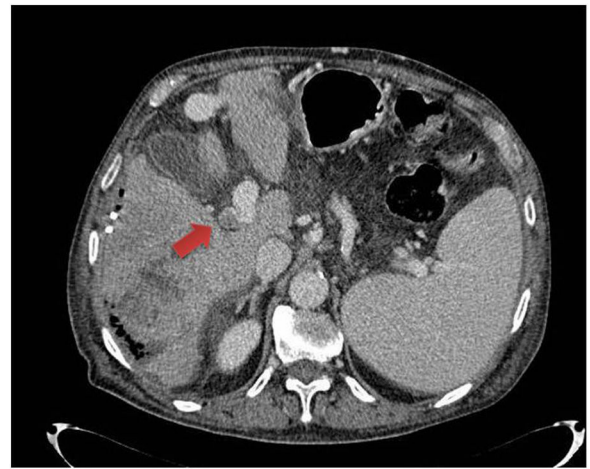


Figura 4 Corte transversal de tomografía computarizada abdominal con contraste intravenoso en la que se observa trombosis de la vena porta derecha compatible con pyleflebitis.



Figura 3 Corte coronal de tomografía computarizada abdominal con contraste intravenoso en la que se objetiva lesión abscesificada que se extiende a espacio perihepático, desde espacio subfrénico a subhepático derechos, con aire en su interior.

Bibliografía

1. Lv WF, Lu D, He YS, Xiao JK, Zhou CZ, Cheng DL. Liver abscess formation following transarterial chemoembolization: Clinical features, risk factors, bacteria spectrum, and percutaneous catheter drainage. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95:e3503, <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000003503>.
2. Sun W, Xu F, Li X, Li CR. A case series of liver abscess formation after transcatheter arterial chemoembolization for hepatic tumors. *Chin Med J (Engl)*. 2017;130:1314–9, <http://dx.doi.org/10.4103/0366-6999.206345>.
3. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: management of hepatocellular carcinoma. *J Hepatol*. 2018;69:182–236, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.019>.
4. Arslan M, Degirmencioglu S. Liver abscesses after transcatheter arterial embolization. *J Int Med Res*. 2019;47:1124–30, <http://dx.doi.org/10.1177/0300060518816875>.