

Hepatocarcinoma Celular Roto

Cristiano do Carmo Galindo*
 Francisco Otávio Loraski*
 Helderilson Foletto*
 Giuliano Santos Borges*
 Carlos Antonio da Silva Couto*
 Camile Achutti Poerner*

O hepatocarcinoma celular (HCC) é o tumor primário maligno mais comum no fígado e o quinto câncer mais comum do mundo (1). Está freqüentemente associado à hepatite B, C e cirrose hepática. Cerca de 10% dos pacientes com cirrose hepática desenvolvem HCC e mais de 90% dos pacientes com o tumor são portadores de alguma forma de hepatopatia crônica(1,2). Uma das complicações que mais causam risco de vida é a ruptura do tumor causando hemorragia intraperitoneal. Relatamos um caso de hepatocarcinoma roto associado a choque hipovolêmico como apresentação inicial. O seu diagnóstico é difícil, devendo ser suspeitado em pacientes cirróticos em choque hipovolêmico, sem sangramento gastrointestinal. O tratamento é iminente cirúrgico, sendo a embolização selecionada para alguns casos.

J.T. 54 anos, masculino, entrada no hospital apresentando astenia, palidez, tontura e discreta dor abdominal. Ao exame, encontrava-se hipotenso, taquicárdico, com perfusão periférica diminuída e com distensão abdominal. Sem sinais de sangramento do trato gastrointestinal alto ou baixo. Apresentava hematócrito de 12%. Após 30 minutos, houve piora hemodinâmica, evoluindo com parada cardiorespiratória. Foi submetido à reanimação, com sucesso. Realizou-se lavado peritoneal que evidenciou hemo-peritônio maciço. O paciente foi levado ao centro cirúrgico e realizado laparotomia exploradora que visualizou lesão rota no segmento V do fígado, sendo ressecada com margens de segurança. O exame anátomo-patológico revelou ser um adenocarcinoma hepático roto (Figura 1). Paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta hospitalar no décimo quinto dia de pós-operatório e encaminhado ao serviço de oncologia.

Hepatocarcinoma roto causando hemo-peritônio agudo é mais comum na África, Ásia e partes da Europa. É um evento infreqüente, em torno de 2% (2), estando associada com altas taxas de mortalidade. O mecanismo da ruptura espontânea ainda é obscuro. Hipóteses incluem crescimento rápido do tumor e necrose, ruptura do parênquima hepático, erosão de um vaso, oclusão da veia hepática por um trombo tumoral e coagulopatia.

Os sintomas mais comuns da hemorragia intra-abdominal são dor abdominal aguda e choque. Outros sinais menos comuns incluem hipotensão, distensão abdominal e sinais de irritação peritoneal. Essa condição deve ser sempre suspeitada em casos de cirrose associado a choque hipovolêmico sem sinais de sangramento gastrointestinal.

O diagnóstico é difícil antes da operação em pacientes com evidências clínicas de doença hepática crônica ou avanço maligno e com sintomas e sinais de peritonite, mas sem queda significativa do nível de hemoglobina ou diminuição da função hepática. Exames de imagem como ultrassonografia e tomografia computadorizada podem auxiliar no diagnóstico. Em nosso paciente, devido a instabilidade hemodinâmica, o paciente foi submetido a lavado peritoneal seguido de laparotomia exploradora devido a presença de hemo-peritônio ao exame.

O tratamento que melhor apresenta sobrevida é a ressecção cirúrgica do tumor. Casos em que o paciente apresente grave comprometimento hepático associado a choque hipovolêmico podem ser tratados com embolização da artéria hepática seguido de ressecção cirúrgica após estabilização do paciente (2). Infelizmente

os casos em que essa ressecção é realizada após ruptura apresentam pior prognóstico, com a taxa de sobrevivência no primeiro ano de 50-100%, no terceiro ano 21-50% e no quinto ano 15-33% (1). O nível de bilirrubina sérica, choque na admissão hospitalar e estado da doença antes da ruptura são importantes fatores prognósticos (3).

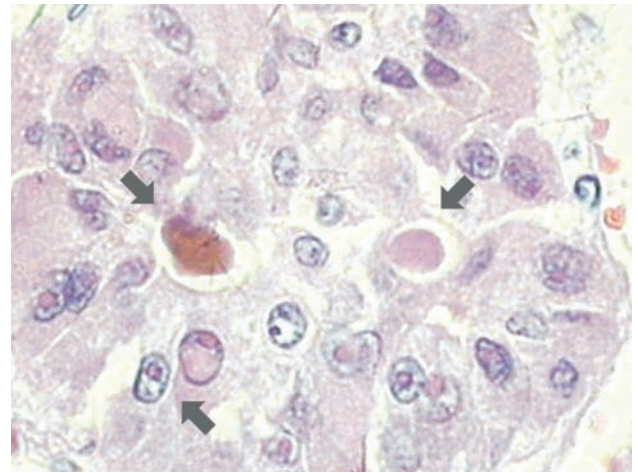


Figura 1. Aspectos nucleares com nucléolos, esboço luminal canalicular com pigmento biliar e inclusão hialina corpuscular acidófila. HE 400X.

REFERÊNCIAS

1. Lai ECH, Lau WY.: Spontaneous Rupture of Hepatocellular Carcinoma - A Systematic Review. Arch Surg, 2006; 141: 191-197.
2. Loynes JT.: Spontaneous Hemo-peritoneum Resulting from Rupture of Hepatocellular Carcinoma. Hospital Physician, 2001; 68-71.
3. Liu CL, Fan ST, Lo CM, et al.: Management of Spontaneous Rupture of Hepatocellular Carcinoma: Single-Center Experience J Clin Oncology, 2001; 19 (17): 3725-3732.

Rupture of Hepatocellular Carcinoma

Cristiano do Carmo Galindo*
 Francisco Otávio Loraski*
 Helderson Foletto*
 Giuliano Santos Borges*
 Carlos Antonio da Silva Couto*
 Camile Achutti Poerner*

The hepatocellular carcinoma cell (HCC) is the most common malignant primary tumor in the liver and the fifth most common cancer in the world (1). Is often associated with hepatitis B, C and cirrhosis. About 10% of patients with liver cirrhosis develop HCC and more than 90% of patients with tumor carry some form of chronic liver disease (1,2). One of the complications that cause more risk of death is the rupture of the tumor causing intraperitoneal hemorrhage. We report a case of roto hepatocellular carcinoma associated with hypovolemic shock as initial presentation. Its diagnosis is difficult and should be suspected in cirrhotic patients in hypovolemic shock, with gastrointestinal bleeding. Treatment is primarily surgical, with embolization for some selected cases.

JT 54 years, male, was admitted in hospital presenting asthenia, pallor, dizziness and slight abdominal pain. On examination, she was hypotensive, tachycardic, with diminished peripheral perfusion and abdominal distension. No signs of gastrointestinal bleeding high or low. Showed hematocrit of 12%. After 30 minutes, there was worse hemodynamics, evolving with cardiorespiratory arrest. Was submitted to resuscitation, successfully. Peritoneal lavage was performed which revealed massive hemoperitoneum. The patient was taken to the operating room and performed laparotomy that showed lesion in segment V of the liver and is resected with margins of safety. The anatomical and pathological examination revealed adenocarcinoma liver is a roto (Figure 1). Patient progressed well after the surgery, from hospital on the fifteenth day after the surgery and referred to the Oncology Service.

Roto hepatocarcinoma causing acute hemoperitoneum is most common in Africa, Asia and parts of Europe. It is an infrequent event, around 2% (2), being associated with high mortality rates. The mechanism of spontaneous rupture is still unclear. Hypotheses include rapid growth of the tumor and necrosis, rupture of the hepatic parenchyma, erosion of a vessel, occlusion of a hepatic vein tumor thrombus and coagulopathy.

The most common symptoms of intra-abdominal hemorrhage is acute abdominal pain and shock. Other less common signs include hypotension, abdominal distension and signs of peritoneal irritation. This condition should be suspected in cases of cirrhosis associated with hypovolemic shock without signs of gastrointestinal bleeding. Diagnosis is difficult before surgery in patients with clinical evidence of chronic liver disease or advanced malignant and with symptoms and signs of peritonitis, but without a significant drop in the level of hemoglobin or decreased liver function. Ultrasound and computed tomography may help in diagnosis. In our patient, due to hemodynamic instability, the patient underwent peritoneal lavage followed by laparotomy due to the presence of hemoperitoneum.

The treatment that best presents survival is surgical resection of the tumor. Cases where the patient has severe liver associated with hypovolemic shock may be treated with hepatic artery embolization followed by surgical resection after stabilizing the patient (2). Unfortunately the cases in which the resection is performed after rupture have worse prognosis, with survival rate

in the first year of 50-100%, 21-50% in the third year in the fifth year and 15-33% (1). The serum bilirubin level, shock on hospital admission and status of the disease before the rupture are important prognostic factors (3).

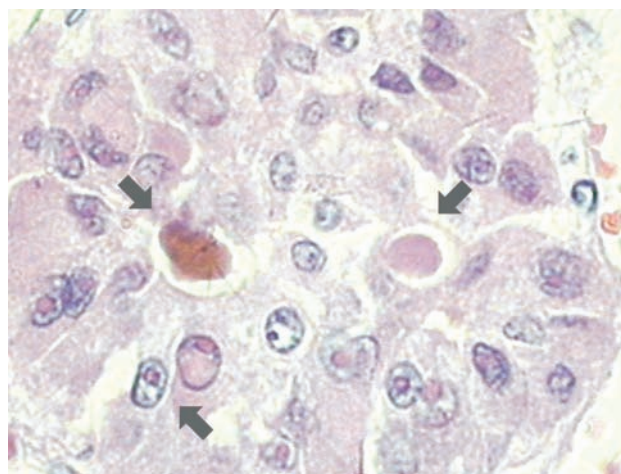


Fig. 1. Appearances nuclear with nucleolus, biliar pigment and hialine inclusion corpuscular acidófila. HE 400X.

REFERENCES

1. Lai ECH, Lau WY.: Spontaneous Rupture of Hepatocellular Carcinoma - A Systematic Review. Arch Surg, 2006; 141: 191-197.
2. Loynes JT: Spontaneous Hemoperitoneum Resulting from Rupture of Hepatocellular Carcinoma. Hospital Physician, 2001; 68-71.
3. Liu CL, Fan ST, Lo CM, et al.: Management of Spontaneous Rupture of Hepatocellular Carcinoma: Single-Center Experience J Clin Oncology, 2001; 19 (17): 3725-3732.