

Hepatocarcinoma con invasión de los conductos biliares

Forma icterica. Tres casos

Dres. Raúl C. Praderi¹, Héctor Navarrete², Eduardo Tiscornia³, Ricardo Fernández⁴, Gustavo Rodríguez⁴

Resumen

Los autores presentan tres observaciones de hepatocarcinomas con brotes intraductales obstructivos. Llamamos la atención primero sobre esta forma que también se puede asociar a trombos portales como en uno de los casos presentados.

En dos pacientes se efectuaron operaciones previas de drenaje o derivación biliodigestiva. En el primero, el tumor recidivó seis meses después de una resección con correcto margen. El paciente con obstrucciones venosas y biliares al que se le resecó el tumor, falleció con un trastorno de crisis en el posoperatorio inmediato.

Palabras clave: Neoplasmas de hígado-cirugía
Jaundice

Summary

The authors present three cases of hepatocarcinomas with obstructive intraductal sprouts.

This type can also be associated to portal thrombi as in one of the cases presented in this paper.

Two patients underwent previous drainage or biliodigestive derivation surgery. In the first case, there was tumor recidive 6 months after resection with appropriate margin.

The patient with venous and biliar obstructions who underwent tumor resection died because of a blood clotting disorder in the immediate postoperative.

Introducción

Los cánceres secundarios de hígado, que son generalmente múltiples, pueden comprimir las vías biliares provocando ictericia. Los hepatomas y otros tumores primitivos del hígado se acompañan de ictericia menos frecuentemente.

Recordemos que a la inversa de lo que ocurre con el páncreas, los cánceres primitivos de hígado reproducen las células hepáticas (hepatocarcinoma) y raras veces los conductos (colangiocarcinomas). Los primeros invaden la luz de la vena porta, como hemos visto en diversas oportunidades⁽¹⁾. Antes se aconsejaba no reseccionarlos si invadían las gruesas ramas de la vena porta o su tronco. Actualmente, con cirugía más agresiva, se consiguen mejores resultados. Tanaka y colaboradores⁽²⁾, en 44 casos, obtuvieron sobrevividas de más de 300 días, en cambio 38 no reseccionados vivieron menos de tres meses.

Estos tumores también pueden invadir las arterias suprahepáticas y llegar a la aorta, igual que los tumores de riñón. Fujisaki⁽³⁾ fue el primero que además de sacar el trombo extirpó el tumor con circulación extracorpórea con 26 meses de sobrevivida. Temura y colaboradores⁽⁴⁾ en

1. Profesor Emérito de Cirugía.

2. Profesor de Anatomía Patológica.

3. Profesor de Radiología.

4. Profesores Adjuntos de Cirugía. Facultad de Medicina de Montevideo.

Trabajo del Departamento de Cirugía del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 16 de junio de 1999.

Correspondencia: Dr. Raúl Praderi. Luis P. Ponce 1337 /502. C.P. 11700. Montevideo, Uruguay. E-mail: rpraderi@multi.com.uy

1997 comunicaron tres casos más con sobrevida posoperatoria, uno de ellos de 24 meses.

Pero además de estas complicaciones venosas, los hepatocarcinomas pueden formar brotes que descienden por los conductos biliares formando badajos tumorales que obstruyen la vía biliar principal, provocando ictericias obstructivas.

Esta complicación fue descrita por Mallory⁽⁵⁾ en 1947 y aparece más frecuentemente en la literatura, constituyendo lo que se llama forma icterica del hepatocarcinoma⁽⁶⁾. Capelle, Lichtenstein y Conte Marti⁽⁷⁾ revisaron la literatura en 1972, resumiendo 10 casos más tres propios. Guntz y colaboradores⁽⁸⁾ agregaron en 1987 nueve observaciones más, llegando a 48 en la bibliografía internacional.

Desde entonces cada vez son más frecuentes estas ictericias, incluyendo metástasis de cáncer de colon y cistoadenomas pediculados como describieron Smith y colaboradores en Melbourne en 1989⁽⁹⁾. En Uruguay se han publicado dos casos de esta última situación, operados por los Dres. Hernán Parodi padre e hijo con buenos resultados⁽¹⁰⁾.

Gadziñeff y colaboradores⁽¹¹⁾ relatan otro caso de adenomas pediculares en vías biliares, simulando un quiste hidático abierto en vías biliares (que se ve en Eslovenia). Lau, Leng y Li de Hong Kong⁽¹²⁾, comunicaron en 1990 11 casos de carcinoma hepatocelular icterico sobre un total de 340 tumores de este tipo.

Los colangiocarcinomas que son menos frecuentes pueden dar también brotes intraductales como señalaron Iyomas y colaboradores⁽¹³⁾ en 1992 y Sano y colaboradores⁽¹⁴⁾ en 1996.

Material

En los últimos años hemos operado tres enfermos con hepatocarcinoma de tipo icterico.

Aunque nuestros resultados fueron malos (sólo conseguimos una sobrevida de 10 meses), creemos nuestro deber informar a esta Sociedad de nuestra experiencia por tratarse de una situación excepcional pero que está apareciendo más frecuentemente en la literatura y de la cual no hay experiencia en nuestro país.

Todas las operaciones fueron realizadas en el CASMU.

Caso 1

D. A. P. L., sexo femenino, 72 años, múltipara.

Nos consulta por ictericia y tumor de lóbulo izquierdo de hígado de aparición reciente (un mes). Estudiada con tomografía axial computarizada y exámenes de laboratorio, es operada rápidamente.

Primera operación (9 de agosto de 1995). Incisión mediana. Tumor grande de lóbulo izquierdo de hígado, litiasis vesicular, colédoco dilatado que contiene en su interior una masa tumoral blanda de la que se desprendieron dos fragmentos, lo que se advierte al efectuar una coledocotomía longitudinal. Se extrae otro fragmento que cuelga como un badajo por el hepático izquierdo, se pasa un tubo transhepático derecho, con orificios laterales y su extremo inferior se pasa transpapilar en Gama, y transpilórico retrógrado sacándolo por una gastrotomía anterior (figura 1). Se efectuó además una colecistostomía después de sacar los cálculos de la vesícula. Aclarada la ictericia y con diagnóstico histológico de hepatocarcinoma es reoperada.

Segunda operación (8 de noviembre de 1995). Se efectúa una hepatectomía izquierda y segmentectomía IV anterior, extirpando totalmente el tumor con un nuevo brote coledociano. Se coloca una sonda Pezzer en el muñón hepático izquierdo y el mismo tubo transhepático, transpapilar en sedal. Un nuevo estudio efectuado por H.N. con técnicas de histoquímica e inmuno histoquímica confirma el diagnóstico de carcinoma hepatocelular de patrón adenoide. Pasa seis meses asintomática y reaparece con ictericia a principios de junio. El estudio de la vía biliar por vía retrógrada muestra tumor obstruyendo la luz coledociana y es reoperada (figura 1)

Tercera operación (2 de febrero de 1996). Disecación muy laboriosa. A bisturí se llega al colédoco, de pared gruesa, que se incide extrayendo dos tumores blandos que lo obstruían, enseguida viene bilis clara. Se efectúa una coledocoduodenostomía látero-lateral calibrada por sonda gástrica que queda como un drenaje naso biliar. Se deteriora rápidamente y fallece el 7 de junio, 10 meses después de la la operación (figura 1).

Caso 2

H.G.A. 75 años sexo masculino, en tratamiento por úlcera duodenal, colecistectomizado con

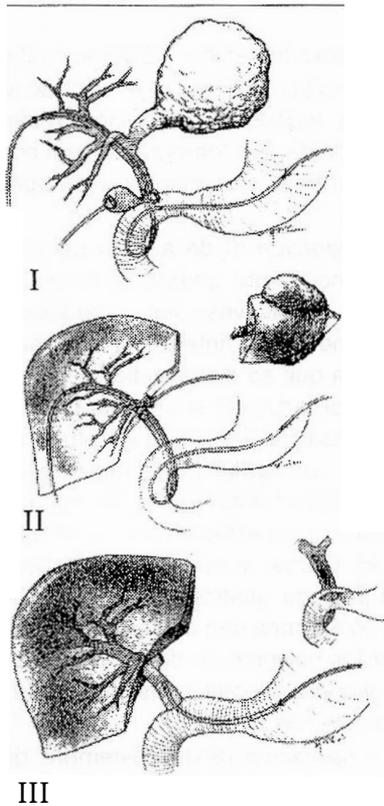


Figura 1. Caso 1. I) Después de la primera operación en que se resecó el tumor de la luz se aprecia el tubo transhepático y la colecistectomía. II) Después de la hepatectomía izquierda. III) La coledocoduodenostomía

marcapaso cardíaco que ingresa con ictericia obstructiva fría de más de un mes de evolución, la TAC muestra un tumor de lóbulo derecho de hígado con dilatación de vía biliar.

Operación (5 de julio de 1991). Incisión mediana. Tumor de lóbulo derecho de hígado de 10 cm de diámetro, umbilicado, colédoco dilatado, coledotomía. Hay un tumor pediculado que cuelga del tumor y obstruye el ostium del hepático izquierdo. No nos animamos a efectuar una hepatectomía derecha por la ictericia. Después de reseca el badajo tumoral practicamos la desconexión del colédoco y el hepático izquierdo, cortando el hepático derecho en su origen, que anastomosamos a la vesícula biliar en cuyo fondo colocamos una sonda Pezzer (figura 2). Por la coledotomía colocamos un Kehr con una pata transhepática saliendo por el lóbulo izquierdo. De esta manera fluye bilis limpia por el colédoco y el tumor

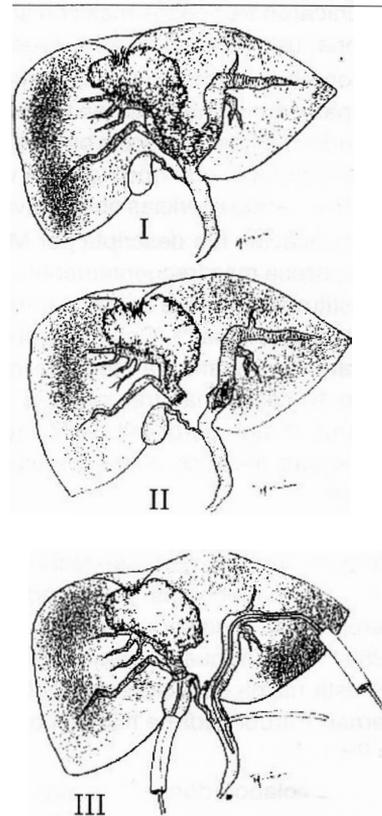


Figura 2. Caso 2. I) Situación del tumor. II) Después de extraer el fragmento del tumor de la luz y desconectar la convergencia. III) Intubación transhepática del colédoco y derivación a la vesícula del hepático izquierdo

queda desconectado junto con la vesícula (figura 2). El estudio histológico (H.N.) mostró un hepatocarcinoma. El posoperatorio fue difícil: aunque drenó abundante bilis limpia, desarrolló una sepsis y edema pulmonar con deterioro multiparenquimatoso y falleció el 22 de julio de 1991.

Caso 3

E. B. 71 años, sexo masculino, inicia un cuadro de adelgazamiento de 12 kg con prurito e ictericia obstructiva con coluria. En una TAC abdominal se le diagnosticó un tumor de riñón izquierdo y otro de hígado con sustitución sólida e inhomogénea del lóbulo izquierdo del hígado y dilatación de la vía biliar transhepática. Los urólogos tratan-tes no aconsejan la cirugía y el paciente, sin ser visto por ningún cirujano general, es enviado a su domicilio con analgésicos. En esta situación somos consultados y resolvemos operar pese a la

ictericia pues su estado general estaba bastante conservado. El 1 de octubre de 1998, uno de nosotros (E.T.) efectúa una colangiografía transhepática y pasa un catéter transpapilar multifenestrado confirmando la ocupación de la convergencia y el colédoco por una masa tumoral.

Operación (2 de octubre de 1998). Incisión mediana prolongada hacia la fosa ilíaca izquierda. Existe un tumor en el polo superior del riñón izquierdo sobre el que no se actúa. En el hígado hay múltiples metástasis en el lóbulo izquierdo y dos nódulos pequeños en el borde de los segmentos IV y V. La disección del pedículo muestra que en el interior del conducto hepático hay una masa tumoral que se prolonga hacia abajo. Se practica hepatectomía izquierda, siendo laboriosa la ligadura de la suprahepática izquierda que está contra una metástasis, igual que la suprahepática media que no se liga. El conducto hepático derecho está dilatado y con un trombo neoplásico en su interior que baja hasta el colédoco el cual se palpa junto al catéter colocado la víspera. Se extrae la masa intratumoral y se deja el hepático izquierdo. En la vena porta existe una masa similar que se extrae mediante una incisión vertical dejando permeable la rama derecha y el tronco. Se efectúa anastomosis hepático yeyunal sobre asa diverticular calibrada por tubo transhepático en sedal (figura 3). Dada la duración de la operación (más de cinco horas) no se actúa sobre el riñón izquierdo. Control de hemostasis, drenaje aspirativo con Davol. Antes de despertar al paciente se resuelve reintervenirlo, pues sangra mucho y no coagula. Se reabre la incisión, suturando algunos muñones venosos que sangran. Se coloca gelita y una mecha de gasa. Mejora la hemostasis y disminuye el sangrado. Ocho horas después, como sigue sangrando se reopera nuevamente. Tercera operación, hora 22. Se practica una nueva incisión transversal en el flanco derecho evacuando un hematoma de medio litro con pocos coágulos. Se efectúa un *packing* con compresas de todo el lecho y se cierra totalmente la incisión. La sangre no coagula y pese a la reposición de más de 10 litros, el paciente no se compensa y fallece después de medianoche.

Comentario

Nuestros tres casos tuvieron presentación, patología y evolución diferente.

El problema táctico que se plantea es el riesgo

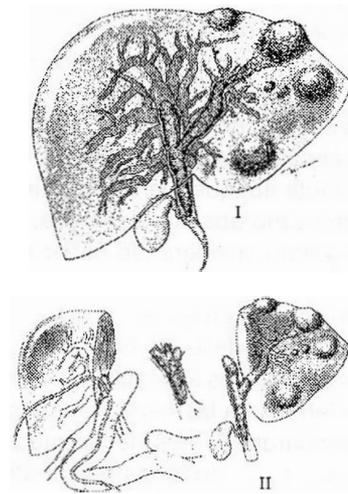


Figura 3. Caso 3. I) Topografía del tumor y brote intracanalicular. II) Pieza de resección y reconstrucción biliodigestiva. En el centro la vena porta trombosada.

de hacer resecciones hepáticas en enfermos icteréticos con el consiguiente trastorno de coagulación. Para evitar dicho riesgo preferimos derivar primero la ictericia. En el primer caso (D.A.P.L.) pudimos drenar la vía biliar y efectuar la resección tumoral en una segunda operación que creímos oncológica. Pero a los 10 meses recidivó el tumor dentro de la luz coledociana (figura 1). Fue la única operación con un resultado aceptable.

Al segundo enfermo (H.G.A.), también icterico, le efectuamos una desconexión de la convergencia para aclarar la ictericia pero se deterioró de tal modo que no pudimos reoperarlo para reseccionar el tumor y falleció 17 días después de operado. La técnica que utilizamos fue original, como se ve en la figura 2.

El tercero (E.B.), que tenía tumores múltiples en el lóbulo izquierdo, había sido etiquetado como metástasis de un tumor de riñón izquierdo por los urólogos, que habían resuelto no operarlo. Pese al adelgazamiento y la ictericia nos pareció que toleraría una hepatectomía izquierda y nefrectomía.

En la colangiografía transhepática que practicó el Dr. Tiscornia se veía un conducto hepático dilatado y ocupado por una masa tumoral. Pero en la operación encontramos que el tumor no sólo había invadido la luz de los hepáticos (figura 3) sino también la vena porta. Ya habíamos ad-

vertido signos de hipertensión portal. Al abrir la cisura encontramos la vena porta ocupada por un trombo neoplásico que venía de su rama izquierda. La trombectomía fue sencilla y la operación se desarrolló normalmente, incluso la anastomosis hepático yeyunal (figura 3). Había sangrado bastante aunque fue bien repuesto. Al terminar, como sangraba por el drenaje, lo reoperamos enseguida considerando haber completado la hemostasis. Varias horas después ya no coagulaba y lo volvimos a reoperar haciendo un *packing* cerrado, pero falleció. Este caso vino a demostrar lo que dijimos al principio de este comentario en referencia a las hepatectomías en icterícos. Sin embargo, hemos hecho mucha cirugía de icterícos con resecciones pancreáticas y hepáticas importantes sin complicaciones.

Discusión

Revisando la bibliografía cada vez más frecuente de esta enfermedad, hay referencias a hipertensión portal e incluso a atrofia lobular hepática por estenosis portal ⁽¹⁵⁾. La asociación de trombosis portal y suprahepática empeora el pronóstico ⁽¹⁶⁾.

Igualmente es ominosa la coexistencia de trombosis portal y coledociana, como señala Shimada ⁽⁶⁾. Dos de sus casos, similares a nuestro tercer paciente, sobrevivieron sólo dos y ocho meses a la resección. Debemos reconocer que en nuestro paciente nos sorprendió la asociación de ambas complicaciones pero si lo hubiéramos operado un mes antes el resultado podría haber sido diferente. En cuanto al tumor de riñón creemos que fue una coincidencia (aunque no se hizo histología) que sirvió sólo para despistar a los clínicos. Personalmente hemos practicado nefrectomías y hepatectomías simultáneas sin mortalidad por cáncer de riñón metastásico ⁽¹⁷⁾.

El sangrado posoperatorio es una de las complicaciones principales de esta cirugía sobre todo en pacientes con ictericia ⁽¹⁸⁾.

Paralelamente a estos casos clínicos, recordemos una obstrucción similar pero provocada por un cistoadenoma operado por Hernán Parodi en 1961 ⁽¹⁰⁾, que realizó una lobectomía izquierda incluyendo el tumor con excelente evolución.

Bibliografía

1. Bogliaccini G, Pomi J, Bagnulo H, Praderi R. Hepatomas. *Cir Uruguay* 1981; 51: 127-30.
2. Tanaka A, Morimoto T, Yamaoka Y. Implications of surgical treatment for advanced hepatocellular carcinoma with tumor thrombi in the portal vein. *Hepat Gastroenterol* 1996; 43: 637-43.
3. Fujisaki M, Kurihara E, Kikuchi K, Nishikawa K, Uematsu. Hepatocellular carcinoma with tumor thrombus extending into the right atrium. *Surgery* 1991; 109: 214-9.
4. Iemura J, Aoshima M, Ishigami N, Kaneda T, Oba N. Surgery for hepatocellular carcinoma with tumor thrombus in the right atrium. *Hepat Gastroenterol* 1997; 44: 824-5.
5. Mallory T, Castleman B, Parris E. Case record of the Massachusetts General Hospital. Case 33441. *New Engl J Med* 1947; 237: 673-8.
6. Shimada M, Takenaka K, Hasegawa H, Shirabe K, Gion T, Kano T et al. Hepatic resection for Icteric type hepatocellular carcinoma. *Hepat Gastroenterol* 1997; 44: 1432-7.
7. Capelle PH, Lichtenstein H, Conte-Marti (Mme) J. Migration dans les voies biliaires de fragments d'hépatocarcinome. A propos de 3 cas. *Sem Hôp Paris* 1972; 48(3): 177-82.
8. Guntz M, Boyer J, Ronceray J, Lorimier G, Cronier P, Delaby J. Obstruction des voies biliaires extrahépatiques par débris tumoraux et/ou caillots dans les cancers primitifs du foie. Problèmes diagnostiques et thérapeutiques. *J Chir* 1987; 124(8-9): 432-49.
9. Smith JA, Collier NA, Gibson RN. Biliary obstruction due to Intraductal tumour. *Aust NZJ Surg* 1989; 59: 625-9
10. Parodi H. Ictericia obstructiva por cistoadenoma hepático pediculado. *Bol Soc Cir Uruguay* 1961; 32: 17-24.
11. Gadzijev E, Stanisavljevic D, Ferlan-Marolt V, Grkman J. Hepatobiliary cystadenoma protruding into the common bile duct, mimicking complicated hydatid cyst of the liver. Report of a case. *Hepat Gastroenterol* 1995; 42: 1008-10.
12. Lau W, Leung J, Li A. Management of hepatocellular carcinoma presenting as obstructive jaundice. *Am J Surg* 1990; 160: 280-2.
13. Iyomasa S, Nimura Y, Kamiya J et al. Cholangiocellular carcinoma in the caudate lobe with Intraluminal growth in the extrahepatic bileduct. *Hepat Gastroenterol* 1992; 39: 570-3.
14. Sano T, Yamamoto J, Kosuge T, Inoue K, Shimada K, Takayama T et al. Intrahepatic cholangiocarcinoma presenting intrabiliary duct tumor growth: report of a case. *Hepat Gastroenterol* 1996; 43: 667-70.
15. Terada T, Kida T, Nakamura Y, Noguchi T. Extensive portal tumor thrombi with portal hypertension in an autopsy case of Intrahepatic cholangiocarcinoma. *Am J Surg* 1992; 87(10): 1513-8.
16. Nonami T, Nakao A, Harada A, Kaneko T, Kurokawa T, Takagi H. Hepatic resection for hepatocellular carcinoma with a tumor thrombus extending to inferior vena cava. *Hepat Gastroenterol* 1997; 44: 798-802.
17. Praderi R. Tumores renales extra lumbares y con invasión de vísceras vecinas. *Cir Uruguay* 1982; 43: 205-8.
18. Matsumata T, Taketomi A, Kawahara N, Higashi H, Shirabe K, Takenaka K. Morbidity and mortality after hepatic resection in the modern era. *Hepat Gastroenterol* 1995; 42: 456-60.