Universidad del sureste

Dr. Eduardo Zebadua Guillen

Técnicas quirúrgicas

Tumores hepatobiliares

Hannia del Carmen Salazar Jiménez

Carcinoma hepatocelular

El carcinoma hepatocelular es un cáncer que se origina en las células del hígado y es el más común de los cánceres hepáticos primarios.

 El carcinoma hepatocelular representa el 80%-90% de los tumores hepáticos primarios malignos

ETIOLOGIA

Virus de la hepatitis B (VHB)

La infección crónica por VHB afecta a 380 millones de individuos en todo el mundo. la infección crónica por el VHB aumenta el riesgo de desarrollar un CHC, mientras que la implantación de campañas de vacunación frente a este agente disminuyen la incidencia de esta neoplasia.

Su mecanismo oncogénico se cree relacionado con la integración del DNA vírico en el genoma del hepatocito Virus de la hepatitis C (VHC)

FACTOR DE RIESGO

Infección crónica de HBVCirrosis

 Infección viral crónica VHC

Consumo elevado dealcohol, hemocromatosis, deficit de alfa 1-antitripsina

Genero masculino

 Relación 3:1 varón:mujer

 Susceptibilidad genética, exposición aandrógenos, mayor exposición a factores comoalcohol

MANIFESTACIONES CLINICAS

El diagnóstico temprano es difícil Los tumores necesitan dimensiones considerables para poder ser detectados No existen manifestaciones patognomónicas del tumor Frecuentemente los síntomas solo son evidentes cuando existe diseminación En la mayoría de casos, los primeros síntomas son el dolor abdominal, la pérdida de peso y la palpación de una gran masa en la región superior derecha del abdomen. Asimismo, algunas personas afectadas por [cirrosis](https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-del-h%C3%ADgado-y-de-la-ves%C3%ADcula-biliar/fibrosis-y-cirrosis-del-h%C3%ADgado/cirrosis-del-higado) de larga evolución pueden sufrir de forma imprevista un empeoramiento significativo de su enfermedad. Pueden presentar fiebre. En algunas ocasiones, los primeros síntomas son un dolor abdominal súbito y choque (una presión arterial peligrosamente baja), ocasionados por la rotura o el sangrado desde el tumor maligno.

DIAGNÓSTICO :

DE CERTEZA:o Estudio Histoligico: PAAF″ La tasa de falsos negativo llega a ser hasta del 40%. Unapuncion negativa no excluye el diagnostico de CHC y se ha deestablecer un seguimento intensivo mediantes pruebas deimagen.POR IMAGEN:o TC y RM: para definir la extension tumoral.o RX DE TORAX y GAMMAGRAFIA OSEA: en metastasisextrahepaticas, candidatos a trasplante hepatico.

Tratamiento mas eficaz en pacientes con CHC sobre higadocirrotico.Unico nodulo <5cm o con tres nodulos <3cm, sin invasionvascular ni extrahepatica - tasa supervivencia 70% a 5anos.Sistema MELD: cifras de bilirubina, tiempo de protrombina ycreatinina como herramienta para dar prioridad a pacientes enlista.

TRANSPLANTE DEHIGADO

Mejor alternativa para pacientes con CHC en estadosiniciales no candidatos a tratamientos quirurgicos.IPE consigue respuesta completa en el 70% de nodulos<3cm.Ablacion por radiofrecuencia mas eficaz en nodulos

Colangiocarcinoma

El colangiocarcinoma es un tumor maligno originado en el epitelio de los conductos biliares intra o extrahepáticos.

Factores de riesgo

 No en mayoría de pacientes

 Edad 65 años 65 %

 Colangitis primaria esclerosante 5-15% tabaquismo

 Coledocolitiasis

Enf caroli 7%

Cáncer vesicular

Quiste coledociano 5%

Infecciones: asia VHC: intrahepáticos

Diagnóstico

En estadios tempranos es asintomático

Intrahepático con síntomas inespecíficos

Extrahepático: síntomas obstructivos

 PFH con patron obstructivo

5 veces

 Transaminasas 1-2 veces

Una obstrucción prolongada Vit A D E y K

Hb, albumina y DHL

TAC y RM

 TAC: Provee buenas imágenes acerca de lesiones intrahepaticas, dilatación de ductos intrahepaticos.

RM provee información acerca de la anatomía del árbol biliar, extensión local de tumor y anormalidades en el parénquima hepático

Tratamiento

Cirugía única.

 Lobectomia que envuelve el tumor o segmento que lo contiene.

 La sobrevida a los 5 años es del 20-43%

seguimiento

R0 podrian ser candidatos a quimioterapia

 R1 margenes microscopicos positivos

R2 enfermedad local residual Tx incluye local resección, terapia ablativa, quimioradiación con fluoropirimidina Quimioterapia con Fluoropirimidina o gemcitabina

La biopsia tambien es recomendada para confirmar el diagnostico antes de iniciar algun otro tratamiento.

Terapia fotodinámica

IV de una droga fotosensitiva

 Radiacion con luz de ondas especificas

 Activacion local de la droga y es usada para la paliación

 Adenoma hepático

es un [tumor](https://es.wikipedia.org/wiki/Tumor) hepático de naturaleza [benigna](https://es.wikipedia.org/wiki/Tumor_benigno) que aparece fundamentalmente en mujeres en edad fértil y que se asocia especialmente a la toma de [anticonceptivos orales](https://es.wikipedia.org/wiki/Anticonceptivos_orales).

Es el más importante tumor benigno del hígado aparece sobre todo en mujeres en edad fértil y ha aumentado su prevalencia debido al uso generalizado de anticonceptivos orales, los cuales representa un papel en su Patagonia. La mayoría de los adenomas son asintomaticos. Se presentan excepcionalmente en forma de un problema quirúrgico agudo causado por una rotura brusca y la hemorragia en la cavidad peritoneal. Aunque el adenoma no es en general precancerosos se ha descripto algunos casos de transformación maligna. Los relacionados con el uso de anticonceptivos suelen regresar si se interrumpen el fármaco El riesgo de desarrollar este tumor, entre las mujeres sometida a este tratamiento durante mas de 24 meses, es 30 veces superior al de las mujeres no tomadoras de estrogenos. Su localización es mas frecuente en lóbulo derecho. La mayoría de ellos no producen síntomas y su diagnostico es casual al practicar una ecografía por otra causa.

los adenomas hepáticos causan dolor en el hipocondrio derecho (cuadrante superior derecho) o en la [región epigástrica](https://es.wikipedia.org/wiki/Epigastrio) del abdomen. Ya que los tumores hepáticos pueden llegar a ser voluminosos (8-15 cm), los pacientes pueden llegar a notar una masa palpable. En cambio, los adenomas hepáticos son usualmente asintomáticos, y posiblemente sean descubiertos [incidentalmente](https://es.wikipedia.org/wiki/Incidentaloma) durante estudios de bioimágenes ordenados por alguna razón no relacionada. En caso de no ser tratado, hay un 30% de riesgo hemorrágico. La hemorragia puede llevar a un cuadro de shock con hipotensión, taquicardia y [diaforesis](https://es.wikipedia.org/wiki/Diaforesis) (sudoración).

El diagnóstico de sospecha del adenoma hepático se establece mediante una **ecografía,** siendo habitualmente necesario complementarlo con otras técnicas más precisas como la **TAC,**la **RMN,** la **gammagrafía con tecnecio** y, en ocasiones, la **angiografía.**

**Tratamiento**

 Las pacientes con adenomas deberían evitar los [anticonceptivos orales](https://es.wikipedia.org/wiki/Anticonceptivos_orales) o las [terapias de reemplazo hormonal](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Terapias_de_reemplazo_hormonal&action=edit&redlink=1).

Hemangioma cavernoso

Los cavernomas son hamartomas vasculares benignos presentes entre el 0,1 y el 4% de la población general. La prevalencia real es difícil de estimar dada su sobreposición y coexistencia con otros tipos de malformaciones vasculares

Anatómicamente, las lesiones son intraparenquimatosas, bien circunscritas, lobuladas, de morfología similar a una frambuesa. Histológicamente aparecen como una masa de vasos irregularmente dilatados, conteniendo sangre en espacios limitados por endotelio vascular, sin las capas elástica ni muscular. La presencia de microhemorragias y cicatrización fibrosa es un hallazgo constante en los cavernomas, independientemente de si son o no sintomáticos, así como grados variables de gliosis en su periferia y calcificaciones. No existe tejido nervioso en el interior de la malformación.

se manifiestan con sensación de pesadez o incluso de dolor en hipocondrio derecho. El mecanismo que explicaría el dolor hepático de los angiomas no es conocido. Se podría atribuir a la distensión de la cápsula de Glisson o a la presión del tumor sobre el hígado adyacente o a una trombosis de su interior

El procedimiento más útil para el diagnóstico es la ecografia abdominal, ya que los angiomas se presentan como una lesión bien delimitada, de aspecto encapsulado, hiperecogénica, a veces con una zona central hipoecogénica, sin señal Doppler en su interior. Cuando este aspecto coincide con unas pruebas hepáticas normales, el diagnóstico de angioma puede considerarse seguro

El diagnóstico es más difícil en las siguientes circunstancias: a) cuando esta lesión se ve en un hígado graso, que da al hígado un aspecto hiperecogénico, difuso o focal, ya que así el hemangioma se puede confundir con la grasa y ser más difícilmente reconocible; b) cuando se trata de un paciente con alteraciones en las pruebas hepáticas, o c) si se trata de una lesión focal de gran tamaño y posee un aspecto más heterogéneo. En estos casos de duda, la resonancia magnética (RM) ofrece mayor información que la tomografía computarizada (TC). En la TC los hemangiomas se ven como lesiones hipodensas que se hacen isodensas con la administración de contraste. La RM muestra una señal intensa en las imágenes de T2

Teniendo en cuenta la habitual ausencia de síntomas y de riesgo de complicaciones de los angiomas,no debe proponerse tratamiento alguno cuando se detecte este tipo de lesión

Sólo estaría justificada la resección quirúrgica en las siguientes circunstancias: a) si no se tiene seguridad en el diagnóstico de angioma según los resultados de los métodos de imagen, y el médico teme que pueda tratarse de otra lesión, lo cual es particularmente posible cuando el paciente había sido diagnosticado antes de un tumor extrahepático maligno que había sido tratado

b) si el paciente tiene síntomas incapacitantes, especialmente dolor, siempre que se haya descartado que no pueden tener otro origen. En la serie de Farges et al, 87 pacientes fueron remitidos por dolor, pero sólo fueron operados 16 cuyo dolor no pudo ser atribuido a otra causa; c) si el paciente tiene un síndrome de Kasabach-Merritt.

Hiperplasia nodular focal

La hiperplasia nodular focal del hígado es una entidad hepática benigna poco común en adultos y muy rara en niños representando menos del 2% de los tumores hepáticos y 0.02%, de los tumores pediátricos.

La Hiperplasia nodular focal usualmente es asintomática, se detecta incidentalmente en un examen físico de rutina y ha sido conocida también como hepatoma benigno, nódulo hiperplásico solitario, cirrosis focal, colangiohepatoma y adenoma mixto

La etiología de la Hiperplasia Nodular Focal más aceptada es que se trata de una reacción a una anomalía vascular localizada, principalmente una proliferación hepatocelular inducida por un daño vascular como ser una trombosis o una presión sinusoidal alta, que da lugar a una lesión lobulada bien circunscrita sin una cápsula real pero que esta rodeada por una capa de tejido fibroso delgado y que su tamaño puede variar de unos pocos milímetros a más de 15 centímetros de diámetro

No existen exámenes de laboratorio que contribuyan al diagnóstico, sin embargo, el hallazgo de niveles normales de alfafetoproteinas como en el presente caso es indicativo de una lesión benigna aun cuando es claro que un valor normal no descarta la malignidad. En relación con los estudios radiológicos en nuestro paciente tanto el ultrasonido Doppler color como la tomografía axial computarizada detectaron una lesión sólida nodular hipodensa del lóbulo izquierdo del hígado y tal como lo reporta la literatura médica mundial con estos datos debe procederse a la intervención quirúrgica ya que no existen hallazgos estándar universalmente aceptados para realizar un diagnóstico de hiperplasia nodular focal