

NOTAS CLÍNICAS

Colecistitis aguda como complicación de la alcoholización de un hepatocarcinoma

R. Memba, L. Lladó, S. López-Ben, J. Figueras y E. Jaurrieta

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge. Barcelona

RESUMEN

La alcoholización percutánea es una opción útil en el tratamiento de los hepatocarcinomas no candidatos a resección o trasplante. Describimos un caso de colecistitis e infiltración tumoral intravesicular tras alcoholización, complicación no descrita hasta el momento. Paciente de 70 años con el antecedente de hepatopatía VHC+ bien compensada y un nódulo de hepatocarcinoma de 6 cm en segmento V que, dos meses antes, recibió tratamiento mediante alcoholización percutánea en otro centro. Acudió a nuestro centro por síndrome febril. Las pruebas de imagen sugirieron colecistitis con abscesificación yuxtavesicular, obteniéndose material purulento mediante la punción guiada por TAC. Se decidió intervención quirúrgica, hallándose un contenido intravesicular purulento y neoplásico, con invasión tumoral de su pared posterior, por lo que se realizó una colecistectomía parcial dejando un drenaje. La paciente no presentó incidencias postoperatorias y fue dada de alta a los 7 días.

Conclusión: consideramos que la alcoholización de los hepatocarcinomas localizados cerca de la vesícula biliar puede producir como complicación excepcional una colecistitis con infiltración neoplásica intravesicular. Se ha descrito un caso de colecistitis secundaria al tratamiento mediante radiofrecuencia de un tumor de similar localización, por lo que consideramos desaconsejable la realización de tratamientos destructivos locales por vía percutánea en tumores ubicados cerca de la vesícula biliar.

Palabras clave: Hepatocarcinoma. Alcoholización. Colecistitis.

Memba R, Lladó L, López-Ben S, Figueras J, Jaurrieta E. Acute cholecystitis as a complication following percutaneous ethanol injection of a hepatocellular carcinoma. *Rev Esp Enferm Dig* 2003; 95: 727-729.

Recibido: 17-09-02
Aceptado: 18-12-02

Correspondencia: R. Memba. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Ciudad Sanitaria i Universitaria de Bellvitge. C/ Feixa Llarga, s/n. 08907 Hospital de Llobregat. Barcelona. Tel.: 646 330 433.
e-mail: memba@mixmail.com

INTRODUCCIÓN

El hepatocarcinoma es la neoplasia hepática primaria más frecuente, presentando una elevada incidencia (1/10⁶ casos nuevos/año) y hallándose en el 90% de los casos en el contexto de un hígado cirrótico (1).

En la actualidad, existen diversas opciones en el tratamiento del hepatocarcinoma, debiendo diferenciarse entre las que potencialmente ofrecen una curación de la enfermedad y las que únicamente poseen una finalidad paliativa.

Desafortunadamente, el número de casos en los que nos podemos plantear un tratamiento con finalidad curativa, ya sea resección o trasplante, no suele alcanzar el 20%. Por ello, se han desarrollado diversas medidas paliativas (quimioembolización, radiofrecuencia, inyección percutánea de etanol o alcoholización, quimioterapia intraarterial, quimioterapia sistémica, cirugía citoreductora, terapia multiablativa, etc.) pero sobre las que no existe ningún estudio a largo plazo en relación a su efecto sobre la supervivencia. Dentro de estas opciones terapéuticas, las únicas que han demostrado eficacia en el control local del tumor son: la quimioembolización, la radiofrecuencia y la alcoholización (1-3).

CASO CLÍNICO

Mujer de 70 años, que acudió a nuestro servicio de urgencias por síndrome febril de 2 meses de evolución. Como antecedentes destacaban una hernia de hiato con esofagitis grado I y un ulcus duodenal. La paciente presentaba hepatopatía crónica por virus de la hepatitis C, sin descompensaciones previas, Child A, con varices esofágicas grado I-II. Dos meses antes del ingreso se objetivó un nódulo de 6 cm compatible con hepatocarcinoma en segmento V, realizándose (en otro centro) tratamiento mediante alcoholización percutánea (Fig. 1).



Fig. 1.- TAC abdominal: en la imagen correspondiente a la fase arterial, destaca el nódulo del segmento V y una vesícula distendida con material interior.

La paciente acudió con fiebre que refería desde que se realizó la 2ª sesión de alcoholización, clínica de bacteriemia y sin otros síntomas asociados. En la exploración física, sólo destacaba discreto dolor en hipocondrio derecho. En la analítica se objetivó anemia crónica (Hb 9,3 g/dl, VCM 77,6 fl) y leucocitosis con neutrofilia (Leuc $16,5 \times 10^9/l$. Neutr 91%). La radiología simple y el sedimento de orina fueron normales. Se realizó una ecografía abdominal, en la cual se observó ascitis escasa, un nódulo hepático hipervascular sugestivo de tumor residual no abscesificado, y una vesícula discretamente distendida, sin engrosamiento de sus paredes, ni edema perivesicular u otros signos que pudieran sugerir colecistitis. Con estos datos, se decidió ingreso y antibioterapia empírica. Ante la persistencia de la fiebre a pesar del tratamiento médico, se decidió repetir la ecografía. Dado que el grado de distensión vesicular había aumentado respecto a la anterior exploración, y ante la persistencia de la fiebre, se decidió realizar una TAC abdominal con contraste (Fig. 2). Con estos hallazgos, y con el fin de establecer si la causa de la fiebre era una colecistitis o la necrosis tumoral, se decidió realizar una punción guiada por TAC de la vesícula, en la cual se obtuvo un material claramente purulento; por lo que se decidió intervención quirúrgica urgente, con la sospecha diagnóstica de colecistitis.

Durante la intervención se hallaron 2 litros de ascitis, se objetivó el nódulo de hepatocarcinoma, destacando la infiltración de la vesícula por parte de la lesión del segmento V, con evidentes signos inflamatorios. Se realizó una punción intraoperatoria de la vesícula, obteniéndose un material de aspecto purulento y tumoral. Ante esta situación, se decidió realizar una colecistectomía parcial, que consistió en reseca la pared anterior de la vesícula y su contenido tumoral, dejando una pastilla adherida al hígado, correspondiente a su cara posterior infiltrada por tumor, y dejando un drenaje en el infundíbulo vesicular y el lecho quirúrgico.



Fig. 2.- En esta imagen ecográfica, previa a la alcoholización, podemos ver la lesión que corresponde al tumor, localizado en el segmento V y destacando su cercanía respecto a la vesícula biliar.

La paciente evolucionó de forma favorable, exceptuando una descompensación de su hepatopatía en forma de ascitis que respondió a tratamiento diurético; fue dada de alta a la semana de la cirugía. Cabe destacar que el resultado de los cultivos, tanto del líquido ascítico, como del contenido intravesicular fueron negativos y que el examen histológico de la pieza confirmó el diagnóstico de colecistitis por infiltración neoplásica. La paciente reingresó a los 2 meses por un episodio de hemorragia digestiva alta secundaria a varices esofágicas, que respondió a tratamiento médico.

DISCUSIÓN

En general ante un paciente con hepatocarcinoma, se podría indicar la alcoholización en aquellas lesiones no tributarias de resección o trasplante. Sin embargo, actualmente no existe consenso a la hora de elegir entre las diferentes medidas paliativas, por lo que la indicación, depende, en muchos casos, del protocolo de cada hospital (1).

Respecto a la alcoholización, cabe destacar su sencillez de ejecución, su bajo coste, su repetibilidad (la cual permite realizar diversas sesiones), su aparente seguridad o inocuidad, y su efecto local (que permite su uso a pesar

de una mala función hepática, aunque dada la historia natural de la enfermedad, no impide el crecimiento de nuevas lesiones) (4,5).

Los resultados de los estudios que hemos revisado en la literatura, indican una necrosis completa en el 70-80% de los casos de lesiones encapsuladas, como por ejemplo, los múltiples nódulos menores de 3 cm, alcanzándose únicamente una necrosis parcial en el resto de tumores, en el 58-96% de los casos (2,5-8). Así pues, según la evidencia actual, la alcoholización probablemente no estaría indicada en este caso.

En las diferentes series, la frecuencia de complicaciones es baja (3,2-4,6%), tratándose en la mayoría de las ocasiones, de efectos secundarios leves. De modo anecdótico, se han descrito casos de dolor local, hiperpirexia transitoria atribuida a necrosis tumoral, hemoglobinuria (6,7,9), hemoperitoneo, fallo hepático severo, diseminación peritoneal, infarto del parénquima adyacente, aumento autolimitado de las transaminasas (6,10,11), diseminación cutánea a través del trayecto (en tumores de localización muy superficial) (4), hemobilia (12), piotórax (3), endocarditis y abscesos cerebrales en el contexto de una valvulopatía aórtica (13), necrosis hepática masiva (14), insuficiencia renal y descompensación de la hepatopatía (5).

Si bien se había descrito previamente un caso de colecistitis asociada a tratamiento mediante radiofrecuencia de un tumor cercano a la vesícula biliar, este es el primer caso descrito, que conozcamos, de colecistitis tras alcoholización (2,8). A pesar de todo, no podemos descartar que el propio crecimiento neoplásico originara la afectación vesicular sin estar relacionada con el procedimiento.

CONCLUSIÓN

Tras la revisión realizada sobre el tema, creemos que la alcoholización percutánea es una opción útil en el tratamiento de los hepatocarcinomas no candidatos a resección o trasplante.

Esta medida terapéutica puede producir como complicación excepcional una colecistitis con infiltración neoplásica intravesicular, sobre la cual no hemos hallado ningún caso descrito en la literatura.

Se ha descrito un caso de colecistitis secundaria al tratamiento mediante radiofrecuencia de un tumor de similar localización, por lo que consideramos desaconsejable

la realización de tratamientos destructivos locales por vía percutánea en tumores ubicados cerca de la vesícula biliar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Law WY. Primary hepatocellular carcinoma. En: Blumberg LH, Fong Y, eds. *Surgery of the liver and biliary tract*. London: Saunders, 2000. p. 1423-43.
2. Bruix J, Llovet M, Bru C. Carcinoma hepatocelular y otros tumores hepáticos malignos primarios. En: Berenguer J, Bruguera M, García M, Rodrigo L, eds. *Tratamiento de las enfermedades hepáticas y biliares*. Madrid: Elba, 2001. p. 247-54.
3. Beppu T, Ishiko T, Doi K, Matsuda T, Maeda T, Ishihara K, et al. A promising new treatment strategy for advanced hepatocellular carcinoma "multi-ablation therapy" consisting of radio-frequency ablation (RFA), microwave coagulation therapy (MCT) and ethanol injection therapy (EIT). *Gan To Kagaku Ryoho* 2001; 28 (11): 1583-6.
4. Casella G, Cacopardo E, Rovere G, Buda CA, Cascinu S, Baldini V. Cutaneous seeding after ultrasound-guided percutaneous ethanol injection for treatment of hepatocellular carcinoma. *J Clin Ultrasound* 2001; 29 (6): 354-8.
5. Meloni F, Lazzaroni S, Livraghi T. Percutaneous ethanol injection: single session treatment. *Eur J Ultrasound* 2001; 13 (2): 107-15.
6. Livraghi T, Benedini V, Lazzaroni S, Meloni F, Torzilli G, Vettori C. Long term results of single session percutaneous ethanol injection in patients with large hepatocellular carcinoma. *Cancer* 1998; 83 (1): 48-57.
7. Lin ZY, Wang JH, Hsieh MY, Yu ML, Chen SC, Chuang WL, et al. Percutaneous ethanol injection of the supplying artery to hepatocellular carcinoma that is not amenable to conventional treatment. *Br J Radiol* 2000; 73 (872): 833-9.
8. Livraghi T, Goldberg SN, Lazzaroni S, Meloni F, Solbiati L, Gazelle GS. Small hepatocellular carcinoma: treatment with radio-frequency ablation versus ethanol injection. *Radiology* 1999; 210 (3): 655-61.
9. Gelczer RK, Charboneau JW, Hussain S, Brown DL. Complications of percutaneous ethanol ablation. *J Ultrasound Med* 1998; 17 (8): 531-3.
10. Ohmoto K, Kunieda T, Shibata N, Yamamoto S. Intraperitoneal hemorrhage as a major complication of percutaneous ethanol injection therapy for hepatocellular carcinoma. *Hepato-gastroenterology* 2000; 47 (35): 1199-202.
11. Di Stasi M, Buscarini L, Livraghi T, Giorgio A, Salmi A, De Sio J, et al. Percutaneous ethanol injection in the treatment of hepatocellular carcinoma. A multicenter survey of evaluation practices and complication rates. *Scand J Gastroenterol* 1997; 23 (11): 1168-73.
12. Obi S, Shiratori Y, Shiina S, Hamamura K, Kato N, Imamura M, et al. Early detection of haemobilia associated with percutaneous ethanol injection for hepatocellular carcinoma. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000; 12 (3): 285-90.
13. Vuillemin E, Oberti F, Aube C, Rifflet H, Asfar P, Cales P. Percutaneous alcoholization of hepatocellular carcinoma complicated by acute endocarditis on aortic valvulopathy and cerebral abscess. *Gastroenterol Clin Biol* 1997; 21 (5): 441-2.
14. Boucher E, Carsin A, Raoul JL, Marchetti C, Joram F, Kerbrat P. Massive hepatic necrosis secondary to treatment of hepatocellular carcinoma by percutaneous alcoholization. *Gastroenterol Clin Biol* 1999; 22 (4): 459-61.