

Hemoperitoneu Espontâneo

Rotura de Carcinoma Hepatocelular

Celso Nabais¹, Raquel Salústio¹, Bárbara Paredes¹, Valente de Sousa², Eusébio Porto², Carlos Cardoso², Caldeira Fradique³

¹ Interno de Cirurgia Geral; ² Assistente hospitalar; ³ Coordenador do Serviço de Cirurgia

Serviço de Cirurgia 1 - Hospital de São José
Centro Hospitalar de Lisboa Central



INTRODUÇÃO

- O hemoperitoneu espontâneo corresponde à presença de sangue na cavidade peritoneal de etiologia não traumática e não iatrogénica.
- A rotura de carcinoma hepatocelular é um evento potencialmente fatal e que ocorre em cerca de 3 a 26% de todos os casos descritos de carcinoma hepatocelular¹.
- A incidência é decrescente nos países ocidentais. Esta causa de hemoperitoneu espontâneo pode atingir uma mortalidade de 75%^{1,3}.
- O difícil e tardio diagnóstico, uma reduzida reserva hepática funcional e o consequente tratamento inapropriado são apontados como os principais factores contributivos para a elevada taxa de mortalidade^{1,2}.
- A abordagem terapêutica apesar de urgente, ainda não é consensual. Esta está também dependente dos meios tecnológicos disponíveis e experiência da equipa cirúrgica².

CASO CLÍNICO

HISTÓRIA PREGRESSA

Sexo feminino, 57 anos
Filipina

Antecedentes Pessoais:

- DM tipo 2
- HTA

Antecedentes Cirúrgicos:

- Colectomia por laparotomia de Kocher (há 8 anos)
- Apendicectomia

Medicação de ambulatório:

- Anti-diabéticos orais e anti-hipertensor

Antecedentes Familiares:

- Irrelevantes

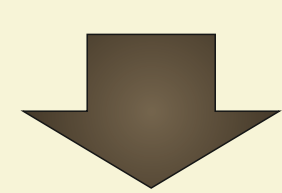
H. DOENÇA ACTUAL

- Dor abdominal na região epigástrica, hipocôndrio direito e flanco direito
- Mal estar geral
- Palidez e sudorese
- Palpitações

Quadro de instalação súbita
(horas de evolução)

EXAME OBJECTIVO

- Agitada. Pouco colaborante
- Palidez muco-cutânea
- Taquicárdica (120bpm)
- Abdómen doloroso à palpação profunda nos quadrantes superiores. Palpa-se massa regular não pulsátil e de consistência elástica no hipocôndrio direito. Sem sinais de irritação peritoneal.



Agravamento clínico

Instabilidade hemodinâmica
(TA: 63/36mmHg; FC 124bpm)

EXAMES COMPLEMENTARES

Avaliação Analítica:

- Anemia normocítica normocrômica com hemoglobina de 6.0 x 10 g/L.
- Trombocitopenia de 80 x 10⁹/L. INR de 1.52 (TP 17.4 seg.).
- GSA: Acidose metabólica com lactatos de 9.6 mmol/L.

Focused Assessment for Free Fluid:

Presença de líquido livre no espaço subfrênico e hepato-renal direitos, bem como escavação pélvica.

Tomografia Computorizada de abdómen (Figura 1 a 4):

Existência de sinais de hemoperitoneu peri-hepático, peri-esplénico e escavação pélvica. Lesão ocupando espaço com 86.7x88x70mm no segmento V, limites definidos e aparência quística não pura.



Figura 1 - TC com contraste endovenoso (corte axial). Líquido peri-hepático (seta).



Figura 2 - TC com contraste endovenoso (corte axial). Líquido peri-esplénico (seta comprida). Coágulo sentinela (seta curta).

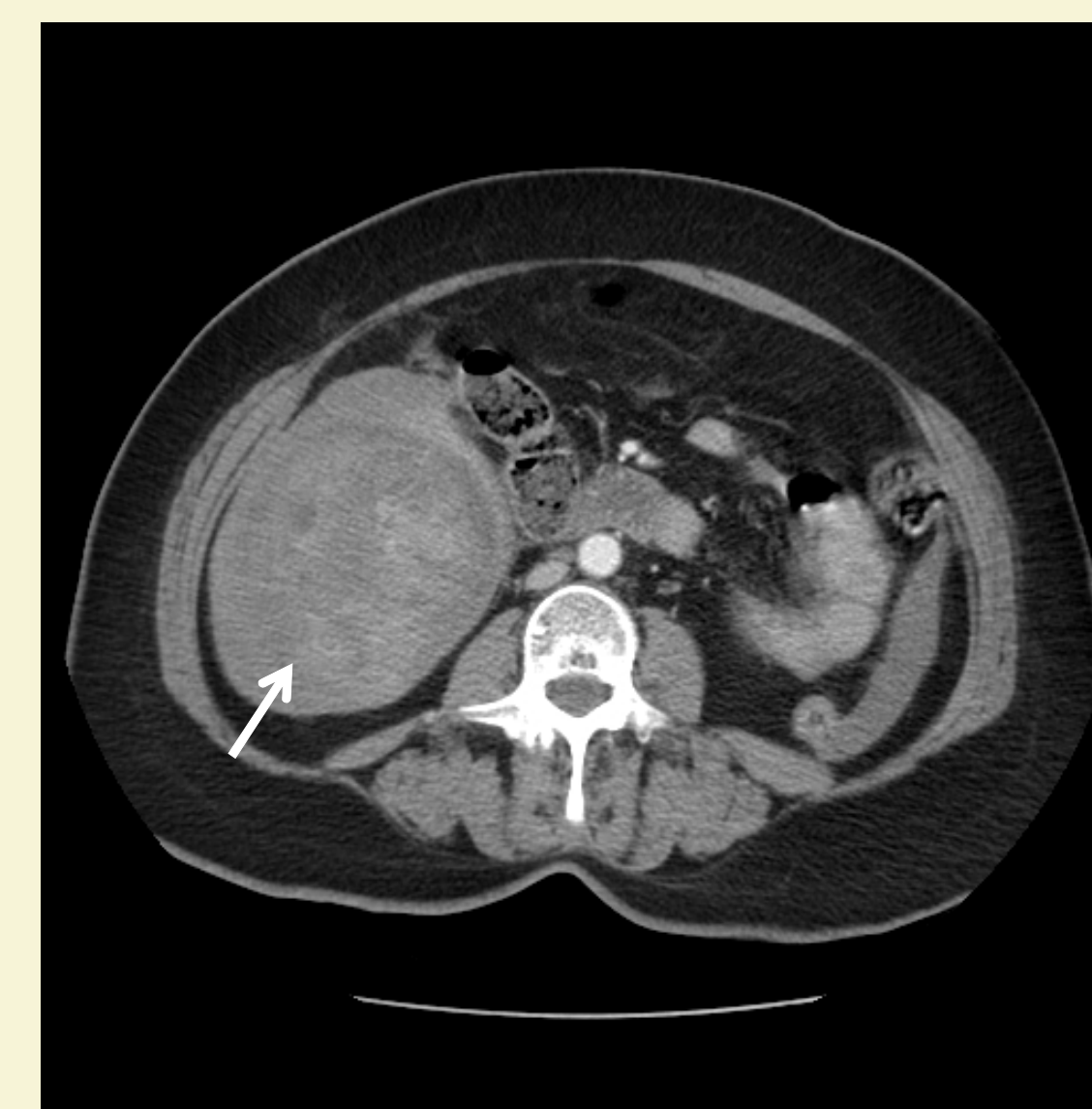


Figura 3 - TC com contraste endovenoso (corte axial). Lesão ocupando espaço (seta).



Figura 4 - TC com contraste endovenoso (corte coronal). Líquido peri-hepático, goteira parieto-cólica direita e escavação pélvica (setas). Lesão ocupando espaço hepática (asterisco).

Estabilização clínica



D11 de pós-operatório
Alta Clínica

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

- Relaparotomia de Kocher
- Hemoperitoneu de cerca de 2000cc
- Tumor no segmento V/VI (9x9cm) com superfície em rotura e hemorragia activa
- Ressecção hepática atípica
- Hemostase com *Parenchyma Set*®, árgon-plasma e cola de fibrina
- Exame extemporâneo inconclusivo (adenoma versus carcinoma)

ANATOMIA PATOLÓGICA

- Carcinoma hepatocelular (padrão peliótico, grau III)
- Estádio pT2NxMx
- Margens cirúrgicas sem tumor

CONCLUSÃO

- O presente caso clínico pretende chamar a atenção para uma causa não frequente de hemoperitoneu espontâneo associada a uma elevada taxa de mortalidade.
- O diagnóstico e abordagem precoces são essenciais para evitar um evento fatal. O prognóstico é também condicionado pela abordagem terapêutica escolhida.
- O tratamento deve ter em consideração a estabilização hemodinâmica e hemostase, bem como uma abordagem potencialmente curativa, quando possível, através da ressecção hepática.
- A ressecção hepática de urgência (caso clínico) permite atingir os 2 objectivos, mas associado a um risco elevado de mortalidade (35.9%), devendo ser reservada a doentes com tumores acessíveis e em fígados não cirróticos².
- A abordagem hemostática inicial através da embolização trans-arterial, seguida posteriormente de uma ressecção hepática electiva confere melhores resultados com menor taxa de mortalidade (9%) e sobrevida superior. A sua aplicabilidade está no entanto limitada a centros dotados de radiologia de intervenção em urgência^{1,2}.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hsueh K-C, Fan H-L, Chen T-W, et al. Management of spontaneously ruptured hepatocellular carcinoma and hemoperitoneum manifested as acute abdomen in the emergency room. *World J Surg.* 2012;36(11):2670-2676.
2. Lal ECH, Lau WY. Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma: a systematic review. *Arch Surg.* 2006;141(2):191-198.
3. Rossetto A, Adani GL, Risaliti A, Bacarani U, Bresadola V, Lorenzin D, et al. Combined approach for spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma. *World J Hepatol.* 2010 Jan 27;2(1):49-51.