



# Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



## 329/61 - HEPATOCARCINOMA, A PROPÓSITO DE UN CASO

N. San Miguel Martín<sup>1</sup>, K. Baldeón Cuenca<sup>2</sup>, J. Bustamante Odriozola<sup>3</sup>, B. Coll Bas<sup>4</sup>, E. Bermejo Ruiz<sup>5</sup>; P. Bermúdez Martí<sup>6</sup>.

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de la Sal. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. <sup>4</sup>061. Cantabria.; <sup>5</sup>Médico de Familia. Consultorio Rural Valle de Villaverde. Cantabria. <sup>6</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 60 años. AP: bebedor de 100 grs etanol/día. No medicación crónica. Acude a consulta por aparición desde hace un mes de edemas en EEII y sensación de hinchazón abdominal. A las 48h, tras transgresión dietética y alcohólica, comienza con vómitos sanguinolentos por lo que ingresa por complicaciones derivadas de la hipertensión portal asociada a hepatopatía no conocida hasta ese momento. Nuevo ingreso al mes siguiente por primer episodio de encefalopatía hepática y posteriormente por descompensación hidrópica de mal control.

**Exploración y pruebas complementarias:** Normoperfundido, normocoloreado, AP: hipoventilación global, auscultación cardiaca normal, abdomen distendido, hepatomegalia de 3 traveses, oleada ascítica. Edemas con fovea hasta ambas rodillas. Analítica: HG: anemia mixta macrocítica (Hb 8,3 g/dl, VCM 115,3 fL), plaquetopenia (60.000/ml). Bioquímica: GOT 83 U/l, GPT 51 U/l, GGT 67 U/l, bilirrubina 5,7 U/l, saturación transferrina 96%, ferritina 2.127 mg/dl. Serología hepatitis A,B,C y VIH y sífilis negativa. Eco abdomen: hepatopatía crónica avanzada sin LOES, colelitiasis, esplenomegalia y abundante líquido libre ascítico. Gastroscopia: esofagitis de posible origen péptico vs Mallory-Weiss, varices esofágicas grado II. A los 5 meses se realiza una segunda ecografía de control que informa de hepatopatía crónica avanzada sin objetivar LOES signos de trombosis portal. Bazo de 17 cm. Se solicita nueva analítica con empeoramiento de perfil hepático, alfafetoproteína elevada (58,86 ng/ml). TAC abdominal: hígado aumentado de tamaño, extensa área hipodensa en lóbulo hepático derecho de contornos mal definidos de 11,8 cm x 7,7 cm x 7,9 cm y otras 3 LOES nodulares hipodensas. Hallazgos sugestivos de hepatocarcinoma multicéntrico.

**Juicio clínico:** Hepatocarcinoma.

**Diagnóstico diferencial:** Metástasis, tumores benignos (hemangioma, adenoma..)

**Comentario final:** El carcinoma hepatocelular es el tumor hepático maligno más frecuente, el 5º más prevalente del mundo y la tercera causa de mortalidad por cáncer. En más del 90% de los casos está asociado a cirrosis, su incidencia en esta población es del 3 al 5%, siendo la primera causa de muerte en este grupo de pacientes. El seguimiento de los pacientes con riesgo de padecer hepatocarcinoma debe realizarse mediante ecografía cada 6 meses y no debe emplearse la

alfafetoproteína para el cribado. Otras pruebas de imagen a realizar: TAC helicoidal, RMN, pero deberían ser reservadas para la confirmación diagnóstica y estratificación de la lesión.

## **Bibliografía**

-Menendez JM, Valverde M, Mainardi V, Scalone P, Rocca A, Gerona S. Diagnóstico y tratamiento del hepatocarcinoma: puesta a punto del tema y rol del internista. Arch Med Interna 2014; 36(2):60-5.

-Linares A, Rodríguez M, Rodrigo L. Algoritmo diagnóstico y terapéutico del carcinoma hepatocelular. Oncología 2004; 27(4): 223-9.