



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-227 - HEPATOCARCINOMA ESCIRRO

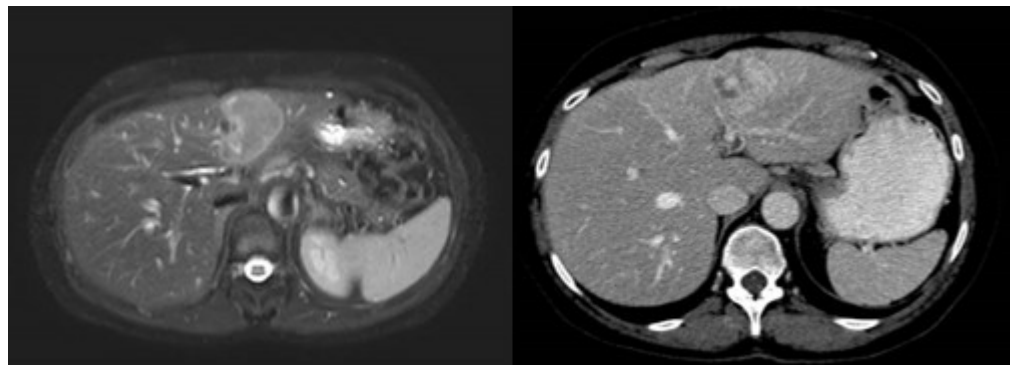
Teruel Lillo, Irene; Torres Fernández, Rocío; Cabañó Muñoz, Daniel; Vargas Fernández, Miguel; Reina Duarte, Ángel

Hospital Torrecárdenas, Almería.

Resumen

Introducción: El carcinoma escirro supone un 5% de los hepatocarcinomas. Dadas sus características patológicas, el diagnóstico prequirúrgico es difícil y a menudo se confunde con el colangiocarcinoma intrahepático.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 60 años, sin antecedentes relevantes, en estudio por nódulo hepático. En las pruebas de imagen, RM (fig. 1) y TAC (fig. 2) con contraste, se aprecia lesión hepática izquierda (segmentos 2, 3 y 4b) de unos 53 × 45 mm. Se remite al servicio de cirugía tras resultado de biopsia compatible con colangiocarcinoma. Ante los hallazgos radiológicos y anatomopatológicos se decide realización de hepatectomía izquierda. Intraoperatoriamente, se encuentra lesión ocupante de espacio de aproximadamente 8 cm en el lóbulo hepático izquierdo y el segmento IV. Tras la exploración de la cavidad y del parénquima hepático, con ecografía, se descarta la presencia de otras lesiones. Se procede a la realización de hepatectomía izquierda, sin incidencias. Tras la intervención, la paciente presenta una recuperación satisfactoria sin complicaciones en el posoperatorio inmediato, pudiendo ser dada de alta tras una semana de ingreso. El diagnóstico definitivo de la lesión resultó ser hepatocarcinoma escirro, G2, según la clasificación de la OMS. En la pieza quirúrgica también se halló un nódulo satélite de 2 mm a 1 cm del tumor principal.



Discusión: En la última edición de la OMS de la clasificación de tumores digestivos del 2019, se engloba el hepatocarcinoma escirro como un subtipo de hepatocarcinoma celular. El hepatocarcinoma escirro supone menos del 5% de los hepatocarcinomas. Se caracteriza por un crecimiento multinodular, la presencia de abundante estroma fibroso y ausencia de cápsula. Es por

este componente fibroso que su diagnóstico patológico prequirúrgico resulta tan difícil. Para su correcto diagnóstico resulta imprescindible la realización de técnicas inmunohistoquímicas. Presenta marcadores comunes con el adenocarcinoma y colangiocarcinoma, como la CK7 y CK19, lo que genera confusión diagnóstica. Al contrario que el tipo fibrolamelar no expresa CD68. La mayoría expresan glypican-3 y arginasa. Puede asentarse tanto sobre hígados cirróticos como no cirróticos y los hallazgos radiológicos son inespecíficos, asemejándose en ocasiones al colangiocarcinoma. La mayoría, se localizan en la periferia y provocan retracción de la superficie hepática. Puede asociarse con hipercalcemia incluso en ausencia de metástasis óseas. Su tratamiento, al igual que el hepatocarcinoma clásico, se basa en la resección quirúrgica, con un pronóstico a largo plazo similar. El diagnóstico definitivo de hepatocarcinoma escirro sigue suponiendo un reto para el patólogo dado sus similitudes con otros tipos de carcinoma, siendo necesarias la realización de técnicas inmunohistoquímicas específicas.