

Ruptura espontânea de hepatocarcinoma: relato de caso

Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma: A case report

Débora Gonçalves da Silva¹, Fernanda Maria Farage Osório²

RESUMO

O hepatocarcinoma (CHC) é uma das neoplasias mais comuns em todo o mundo. A ruptura espontânea é rara nos países ocidentais. Neste relato descreve-se o caso de paciente do gênero masculino, 54 anos, que se apresentou ao pronto-socorro com sinais de abdome agudo e choque. A cirurgia exploradora diagnosticou hemoperitônio volumoso secundário à ruptura espontânea de um tumor hepático. A biópsia confirmou o diagnóstico de hepatocarcinoma. Sorologia para hepatite C foi positiva. O presente caso ilustra a progressão assintomática da cirrose até o diagnóstico tardio de CHC, quando medidas terapêuticas curativas já não mais podem ser implantadas.

Palavras-chave: Neoplasias Hepáticas; Carcinoma Hepatocelular; Carcinoma; Ruptura Espontânea; Peritônio/lesões.

¹ Médica, residente de Clínica Médica do Hospital de Pronto-Socorro João XXIII. Belo Horizonte, MG – Brasil.
² Médica, gastroenterologista do Hospital de Pronto-Socorro João XXIII. Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

Hepatocellular carcinoma is one of the most common neoplasias worldwide, but spontaneous rupture is rare in Western countries. This case report describes a 54-year-old male patient that came to ambulance station with symptoms of concussion and acute abdomen. An exploratory surgery diagnosed large hemoperitoneum secondary to spontaneous rupture of a hepatocellular tumor. Biopsy confirmed the diagnosis of hepatocellular carcinoma. Serological test of hepatitis C was positive. The case report illustrates the asymptomatic progression of cirrhosis until late diagnosis of hepatocellular carcinoma, when no therapeutic and curative care can be provided.

Key words: Liver neoplasias; Hepatocellular Carcinoma; Carcinoma; Spontaneous Rupture; Peritoneum/injury.

INTRODUÇÃO

O hepatocarcinoma (CHC) é a quinta neoplasia mais comum em todo o mundo.¹ O número de novos casos é estimado em 564.000 ao ano.² A ruptura espontânea é das complicações mais letais do hepatocarcinoma e ocorre em 3 a 15%, sendo rara nos países ocidentais.³ O tratamento pode variar de acordo com a gravidade da apresentação. Em pacientes hemodinamicamente estáveis a terapia conservadora pode ser instituída sob monitorização contínua e correção de coagulopatia subjacente, quando presente. Em pacientes com hemoperitônio maciço causando instabilidade hemodinâmica, ressuscitação volêmica e procedimento com fins de hemostasia devem ser realizados prontamente. No entanto, em ambos a terapêutica é apenas paliativa.

Recebido em: 07/01/2011
Aprovado em: 09/06/2011

Instituição
Hospital de Pronto-Socorro João XXIII
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Débora Gonçalves da Silva
Rua Tenente Anastácio de Moura, 163 – apto 401
Bairro: Santa Efigênia
Belo Horizonte, MG – Brasil
CEP: 30240-390

Apresenta-se, a seguir, um caso de ruptura espontânea de CHC com instabilidade hemodinâmica.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, leucodérmico, de 54 anos, procurou o pronto-socorro do HPS João XXIII em novembro de 2010 com quadro de dor abdominal difusa, iniciada no dia anterior, associada a náuseas e vômitos, com piora nas últimas horas. Paciente tinha história de abuso de álcool, tendo cessado o hábito há 15 anos. Desconhecia comorbidades.

Ao exame da admissão mostrava-se alerta, consciente, hipocorado, mas com sinais de choque: perfusão capilar reduzida, taquicárdico (FC: 112 bpm), apenas a pressão arterial sistólica era audível (60 mmHg). Ao exame físico do abdome apresentava dor difusa à palpação. O paciente evoluiu com piora do padrão respiratório e hipotensão refratária a volume, sendo submetido à intubação orotraqueal e iniciado droga vasoativa. Exames iniciais revelaram hemoglobina de 8,6, hematócrito de 24,5, atividade de protrombina de 47% e RNI de 1,73.

Realizada tomografia computadorizada de abdome, sem contraste (devido à função renal prejudicada – creatinina de 3,4 mg/dL), que revelou grande quantidade de líquido livre, principalmente peri-hepático, com massa em lobo esquerdo do fígado. Paracentese diagnóstica revelou líquido hemorrágico.

Após estabilização hemodinâmica, foi levado ao bloco cirúrgico para laparotomia exploradora, que evidenciou: hemoperitônio volumoso – cerca de 2.000 mL – e tumor hepático em segmentos 2 e 3 ulcerado, sendo realizada tumorectomia com hepatorrafia e drenagem hepática. No pós-operatório imediato foi admitido em estado grave na Unidade de Terapia Intensiva, hemodinamicamente instável, com necessidade de aminas em altas doses. O paciente ficou anúrico, creatinina de 3,7 mg/dL, sendo iniciada hemodiálise. Necessitou de ventilação mecânica com altos parâmetros. Nos dias subsequentes, após duas sessões de hemodiálise, teve redução progressiva das escórias renais e retorno da diurese, sem necessidade de novas sessões de hemodiálise. Iniciada hidrocortisona devido à refratariedade do choque. Foi traqueostomizado após 15 dias do início do quadro e iniciada suspensão da ventilação mecânica. No entanto, manteve dependência de aminas por mais um mês quando foi a óbito devido à sepse.

A biopsia revelou hepatocarcinoma com áreas de necrose. O restante da propedêutica laboratorial foi negativo, exceto pelo anti-HCV, que foi reator.

DISCUSSÃO

O hepatocarcinoma é das neoplasias mais comuns em todo o mundo, ocupando o quinto lugar em incidência global (razão homem/mulher de cerca de 4:1). A incidência de hepatocarcinoma está aumentando na maioria dos países.⁴

Os focos endêmicos ocorrem em áreas da China e África Subsaariana, que estão associadas a altas taxas de portadores de hepatite B endêmica e contaminação com micotoxina de recheios de alimentos, grãos armazenados, água potável e solo.⁴

A ruptura espontânea ocorre em 3 a 15% e é mais comum em algumas partes da Ásia e África. Já em países ocidentais é complicação rara e, via de regra, com alta taxa de mortalidade.⁵ O exato mecanismo da ruptura não é conhecido, mas acredita-se que esteja relacionado com a protrusão do tumor através da cápsula de Glisson. Suspeita-se também que o crescimento rápido do tumor, a erosão, necrose e a trombose das veias sejam fatores de risco.⁶

Inicialmente a ruptura estava vinculada a grandes tumores, no entanto, sabe-se que pode ocorrer mesmo nos pequenos, principalmente naqueles com comportamento invasivo.⁷

O diagnóstico da ruptura pode ser difícil, especialmente em pacientes sem história de cirrose ou CHC, e deve ser considerado no diagnóstico diferencial de ascite hemorrágica.⁹ Os exames de imagem estão aumentando as detecções pré-laparotomia, porém em 20 a 33% dos casos o diagnóstico ainda é feito na laparotomia de emergência.⁸

Geralmente o sintoma mais comum é dor em abdome superior (66 a 100%).⁷ O edema abdominal pode ocorrer como consequência de ascite devido à doença hepática crônica subjacente ou ser causado por um tumor de expansão rápida. Ocasionalmente, necrose central ou hemorragia aguda na cavidade peritoneal pode levar à morte.⁴ Choque está presente em 33 a 90% dos casos.⁷

O risco de sangramento torna-se mais alto se comparado a outros tumores, porque os tumores são hipervasculares e os pacientes frequentemente têm trombocitopenia e redução dos fatores de coagulação. Os sintomas relacionados à ruptura estão vincu-

lados à localização do tumor. A ruptura de tumores profundos pode ser assintomática, já a ruptura de tumores superficiais pode levar a hemoperitônio com instabilidade hemodinâmica.⁴

A embolização arterial é efetiva para controlar o sangramento causado pela ruptura de CHC na fase aguda. O nível sérico de bilirrubinas, o choque à admissão e a função hepática pré-ruptura são importantes fatores prognósticos para predizer a sobrevivência na fase aguda.⁷ Para o tratamento definitivo a ressecção programada, após obter hemostasia, é melhor que a ressecção realizada na emergência. A laparoscopia e a ultra-sonografia endoscópica podem diminuir a necessidade de laparotomia de emergência, embora o índice de ressecção antes da ruptura esteja aumentando. A sobrevida prolongada pode ser alcançada em pacientes selecionados com tratamento definitivo. Ainda é incerto se o desfecho a longo prazo é o mesmo para pacientes com ou sem ruptura do CHC que estejam no mesmo estágio tumoral e que tenham a mesma função hepática.

A mortalidade varia de 25 a 75%, sendo que o estado hemodinâmico e a função hepática são fatores determinantes.⁶ O objetivo inicial é a reanimação do choque, no entanto, a hemostasia definitiva deve ser realizada o mais precocemente possível.⁷

REFERÊNCIAS

1. Llovet JM, Burroughs A, Bruix J. Hepatocellular carcinoma. *Lancet*. 2003; 362:1907-17.
2. Bosch FX, Ribes J, Diaz M, Cleries R. Primary liver cancer: worldwide incidence and trends. *Gastroenterology*. 2004; 127 (suppl):S5-S16.
3. Ong GB, Chu EPH, Yu FYK, Lee TC. Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma. *Br J Surg*. 1965; 52:123-9.
4. Fauci AS. *Harrison medicina interna*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill Interamericana do Brasi; 2008.
5. Chedid AD, Klein PW, Tiburi MF, Villwock MM, Bassani LE, Chedid MF. Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma with haemoperitoneum: a rare condition in Western countries. *HPB*. 2001; 3:227-30.
6. Bassi N, Caratozzolo E, Bonariol L, *et al*. Management of ruptured hepatocellular carcinoma: implications for therapy. *World J Gastroenterol*. 2010, 16(10): 1221-5.
7. Lai ECH, Lau WY. Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma: a systematic review. *Arch Surg*. 2006; 141:191-8.
8. Bruix J, Sherman M. Management of hepatocellular carcinoma: an update. *Hepatology*. 2010; 1-35.
9. Keller D, Capozza T, Gable E. Ruptured hepatoma with hemorrhagic ascites. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2009 Sep; 7(9):A32. Epub 2009 Feb 11.