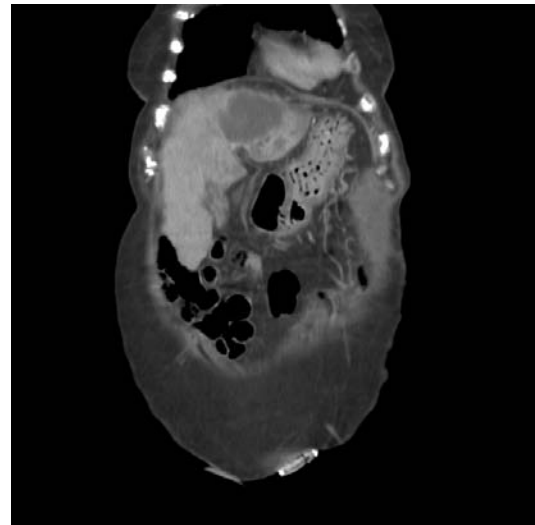


Título: METÁSTASIS CEREBRALES DE HEPATOCARCINOMA

ANTECEDENTES PERSONALES

No refiere alergias a medicamentos.

- 1) HTA en tratamiento farmacológico
- 2) No Diabetes ni Dilipemia.
- 3) Fumadora activa de 20 cig/día
- 4) Síndrome vertiginoso.
- 5) Hepatopatía crónica por VHC
- 6) Datos de Hipertensión portal
- 7) Desde hace 19 años conoce tener una LOE hepática. Se aconsejó realizar TAC, pero al encontrarse asintomática, perdió seguimiento hasta el año 2008, cuando presenta tumoración abdominal palpable en HCD. Se niega a PAAF, En CT abdomen: Imagen sugerente de Hepatocarcinoma.

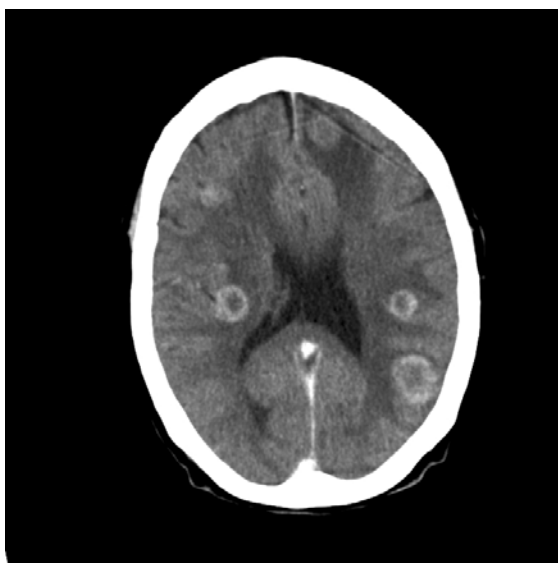


HISTORIA ACTUAL

Consulta en Urgencias traída por la familia porque desde hace 48h se encuentra desorientada en espacio, orientada en tiempo, con decaimiento emocional. Desde 12 horas antes de la consulta, desconexión del medio y habla incoherente.

No ha tenido síntomas infecciosos, respiratorios ni fiebre. No ha presentado náuseas ni vómitos. No otra sintomatología.

EXPLORACIÓN FÍSICA



- a. Tª 36.4°C, TA 148/90 mmHg, FC 84 lpm, SatO2 basal 94 %, FR 16 rpm.
- b. Bien hidratada y profundida. Eupneica.
- c. Tórax: Auscultación cardíaca: rítmico con soplo sistólico en foco mitral. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado.
- d. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. Tumoración palpable en hipocondrio derecho
- e. Extremidades: pulsos periféricos palpables. No edemas ni signos de TVP en piernas.
- f. Neurológico: Glasgow 13/15

- Alerta. Consciente. Escasamente colaboradora.
g. Sigue con la mirada, pero no cumple órdenes sencillas. Respuesta verbal

- incoherente alternando con sílabas inconexas. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Moviliza espontánea y simétricamente las cuatro extremidades.
- h. No signos meníngeos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

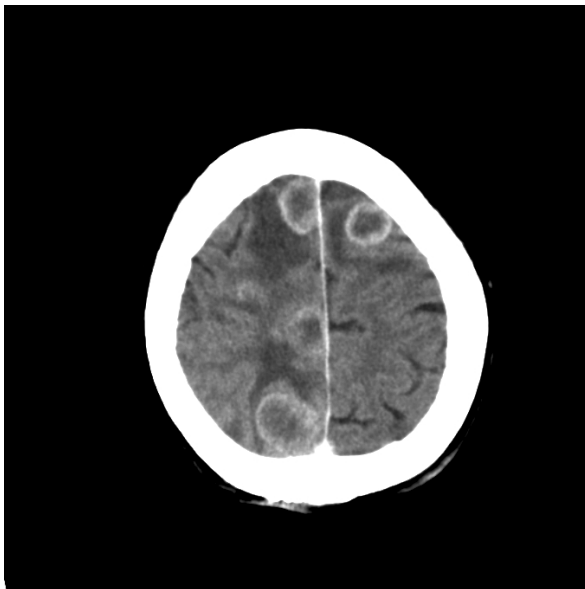
- ACVA isquémico vs hemorrágico
- LOES cerebrales
- Proceso infeccioso SNC
- Encefalopatía de origen hepático

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **Bioquímica sanguínea:** glucosa 121 mg/dL, Creatinina 1.2mg/dL. Sodio 141 mEq/L, Potasio 3.25 mEq/dL. Cloro 106 mEq/dL. Bilirrubina 0.6 mg/dL. ALT 16 UI/L, AST 28 mg/L. LDH 608UI/L. Proteína C Reactiva 16 mg/L
- **Hemograma:** 6500 Leucocitos/ μ L con fórmula normal Hemoglobina 12 g/dL Plaquetas 79000/ μ L
- **Coagulación:** INR 1.08 Actividad de Protrombina 90.5%. Tiempo de Tromboplastina 24.5 seg

CT CRÁNEO

Múltiples LOES intracerebrales sugestivas de afectación metastásica. Comentario: No se observan lesiones hemorrágicas intra ni extraaxiales.



Se observan múltiples lesiones ocupantes espacio supratentoriales distribuidas de manera difusa, de predominio periférico, algunas de ellas con base de implantación en superficie meníngea y otras intraparenquimatosas. Todas ellas tienen morfología nodular con un halo hiperdenso y un centro hipodenso y edema perilesional.

Tras la administración de contraste presentan realce en anillo. Hallazgos que pueden estar en relación con afectación metastásica dentro contexto clínico de la paciente. Sistema

ventricular de calibre dentro la normalidad. No hay desviación de línea media.

JC: LOES cerebrales sugestivas de afectación metastásica

EVOLUCIÓN:

Se instaura tratamiento con Dexametasona iv y tras 12h de observación en Urgencias se evidencia una clara mejoría del estado general de la paciente.

La paciente ingresa en servicio de M. Interna para tratamiento y estudio

COMENTARIO

El Carcinoma hepatocelular o Hepatocarcinoma tiene una tasa de 10.8 casos por 100000 habitantes, la mayoría de los casos varones. Japón y China son los países con mayor incidencia

Su etiología mas frecuente es la cirrosis hepática, desarrollada sobre otra afectación hepática como por ejemplo hepatopatía por virus C (como en el caso presentado), por virus B, por alcohol, hemocromatosis o porfiria cutánea tarda. La aflatoxina del *Aspergillus flavus* también se ha descrito como causa.

La clínica de estos pacientes suele ser anodina: ascitis, ictericia, hemorragia digestiva alta o encefalopatía. Dado que los pacientes suelen ser cirróticos conocidos, estas manifestaciones no orientan hacia el desarrollo de un proceso maligno. En pocas ocasiones se llega a palpar una masa como en el caso presentado.

Las ecografías seriadas cada 3 meses en pacientes con cirrosis conocida permiten detectar el Hepatocarcinoma en estadios precoces. Analíticamente, la única alteración reseñable es la elevación de la alfa-fetoproteína en el 60% de los casos.

El tratamiento quirúrgico es la única posibilidad de prolongar la supervivencia. Se puede realizar resección parcial en pacientes seleccionados (excelente reserva hepática, ausencia de hipertensión portal, tumor único menor de 5cm, ausencia de metástasis o invasión vascular), con tasas de supervivencia de 50% a 5 años. La otra alternativa es el trasplante hepático, indicado en tumor único menor de 5cm o hasta 3 tumoraciones (ninguna mayor de 3cm) y sin afectación vascular ni metastasica.

En los casos en que no es posible una alternativa quirúrgica, la etanolización, radiofrecuencia y/o quimioembolización selectiva puede ser una opción. Un nuevo fármaco, el sorafenib, esta siendo estudiado.

Las metástasis se producen por diseminación hematógica del primario. La supervivencia al año es de un 10% aproximadamente.