

Ruptura espontánea de metástasis hepática de cáncer anal espinocelular y hemoperitoneo masivo. Reporte de un caso

Luis Méndez A.⁽¹⁾, Samuel Sabah T.⁽²⁾, Fernando Gómez L.⁽²⁾,
Rodrigo Miguieles C.⁽³⁾, Juan Vargas C.⁽⁴⁾ y Gonzalo Damm M.⁽⁵⁾

SPONTANEOUS RUPTURE OF HEPATIC METASTASIS OF SPINOCELULAR ANAL CANCER AND MASIVE HEMOPERITONEUM. CASE REPORT

A 61 years old man was admitted in emergency room by syncope and hematemesis. He has been treated by spinocellular carcinoma of the anus without evidence of relapse. At physical examination pallor, sweet and tachycardia, were observed. Upper endoscopy showed no significant lesions. The patient progressed to a hypovolemic shock and intra-vascular disseminated coagulation. The Abdominal CT revealed massive hemoperitoneum and a single hepatic mass with signs of rupture. The initial treatment was emergency surgery. In a second time selective hepatic artery embolization was done with successful clinical outcome. Biopsy o the liver tumor revealed hepatic metastasis of anal cancer.

Key words: Anal cancer, liver metastasis, massive hemoperitoneum.

Introducción

El hemoperitoneo masivo es una emergencia quirúrgica de alta mortalidad. Excluyendo las causas traumáticas, puede ser consecuencia de lesiones intrabdominales vasculares y tumores. Se ha descrito también hemoperitoneo masivo secundario a ruptura de lesiones hepáticas como adenocarcinoma en pacientes cirróticos. Su tratamiento es complejo y en algunos pacientes la comorbilidad impide un manejo activo.

Presentamos un caso secundario a ruptura de metástasis hepática de cáncer anal espinocelular, la estrategia terapéutica empleada y revisión de la literatura.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 61 años con antecedente de cáncer anal espinocelular variedad basaloide tratado 6 meses previo a su hospitalización con radioterapia pelviana y quimioterapia, sin evidencias de recidiva en el seguimiento.

Ingresó a urgencia por cuadro de hematemesis y síncope; sin dolor abdominal, melena ni otros síntomas cardiovasculares.

En la evaluación clínica se encontraba alerta, orientado, pálido, sin ictericia, sudoroso, presión arterial 163/83 mmHg, pulso regular 103 por min T° 37,2 °C axilar. Su examen físico cardiopulmonar y abdominal fue normal.

⁽¹⁾ Residente de Medicina Interna Hospital Fach, Universidad de Valparaíso.

⁽²⁾ Departamento de Gastroenterología.

⁽³⁾ Servicio de Cirugía.

⁽⁴⁾ Departamento de Anatomía Patológica.

⁽⁵⁾ Servicio de Radiología. Hospital Clínico Gral. Dr. Raúl Yazigi J. Fuerza Aérea de Chile.

Recibido: 20/04/2009

Aceptado: 05/05/2009

Se administró solución salina 0,9% iv, oxígeno-terapia, se solicitaron exámenes de laboratorio y endoscopia digestiva alta de urgencia.

Laboratorio

Destacaba de sus exámenes al ingreso: Hematocrito 38,6% Hb 13 mg/dL, Plaquetas 47.000, Leucocitos 12.500, Baciliformes 8%. Tiempo de Protrombina (TP) 23%, INR 2,5; TTPK 68 seg (vn 40seg), Láctico deshidrogenasa 1.826 UI/L (vn50-225), electrólitos plasmáticos normales, Creatinina 1,4 mg/dL, Bun 27 mg/dL, Glicemia 116 mg/dL, Fosfatasas alcalinas 177 UI/L, GOT 114 UI/L, Bilirrubina Total 2,26 mg/dL, Calcio 8,0 mg/dL, Proteína C reactiva 1,0 mg/dL (0,1-0,5). Electrocardiograma: taquicardia sinusal.

Endoscopia

La endoscopia alta demostró escasa sangre fresca en estómago, con lesiones erosivas inespecíficas de la mucosa gástrica, sin evidencias de várices esofágicas (Figura 1).

Evolución

El paciente ingresó a unidad de cuidados intermedios. Por la presencia de trombocito-

penia, TP y TTPK prolongados se planteó el diagnóstico de Coagulación Intravascular Diseminada (CID), recibió transfusión de plaquetas y plasma fresco congelado. Pocas horas después evolucionó con taquicardia, hipotensión, dolor y distensión abdominal. Requirió aporte adicional de coloides y monitorización invasiva.

Se solicitó TAC de abdomen y pelvis demostrándose lesión focal hepática de gran tamaño, sólido-quística, con abundante líquido libre intrabdominal (Figura 2).

Dado el compromiso hemodinámico persistente y los hallazgos radiológicos se decidió realizar laparotomía exploradora, identificándose lesión tumoral hepática con ruptura a cavidad abdominal, hemorragia activa y hemoperitoneo masivo. Se practicó aseo e instalación de packing con laparotomía contenida.

Luego de la cirugía fue ingresado a unidad de cuidados intensivos, requiriendo ventilación mecánica y drogas vasoactivas.

Ante el riesgo de resangrar y pocas posibilidades de lograr hemostasia por vía quirúrgica, se realizó embolización selectiva de arteria hepática derecha mediante angiografía percutánea (Figura 3). Un día después del procedimiento el paciente fue llevado a pabellón para revisión de hemostasia, retiro del packing y cierre de la pared abdominal.

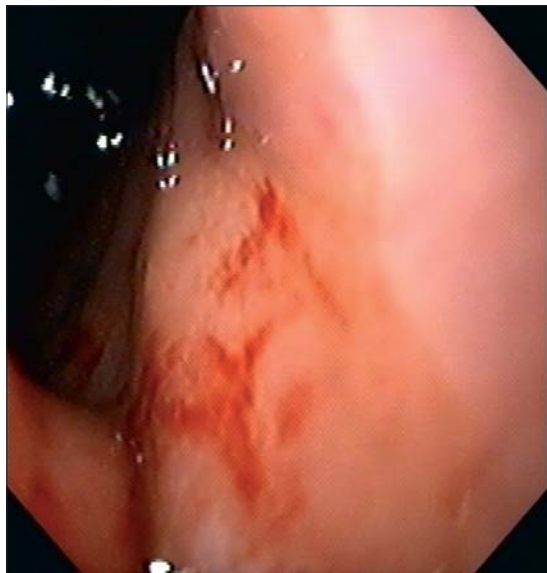


Figura 1. Endoscopia alta. Se observan erosiones inespecíficas de la mucosa gástrica. Hallazgos discordantes con el compromiso hemodinámico que presentó el paciente.



Figura 2. Tomografía axial computada. Destaca la presencia de abundante líquido libre intrabdominal y un tumor hepático de gran tamaño de aspecto heterogéneo.

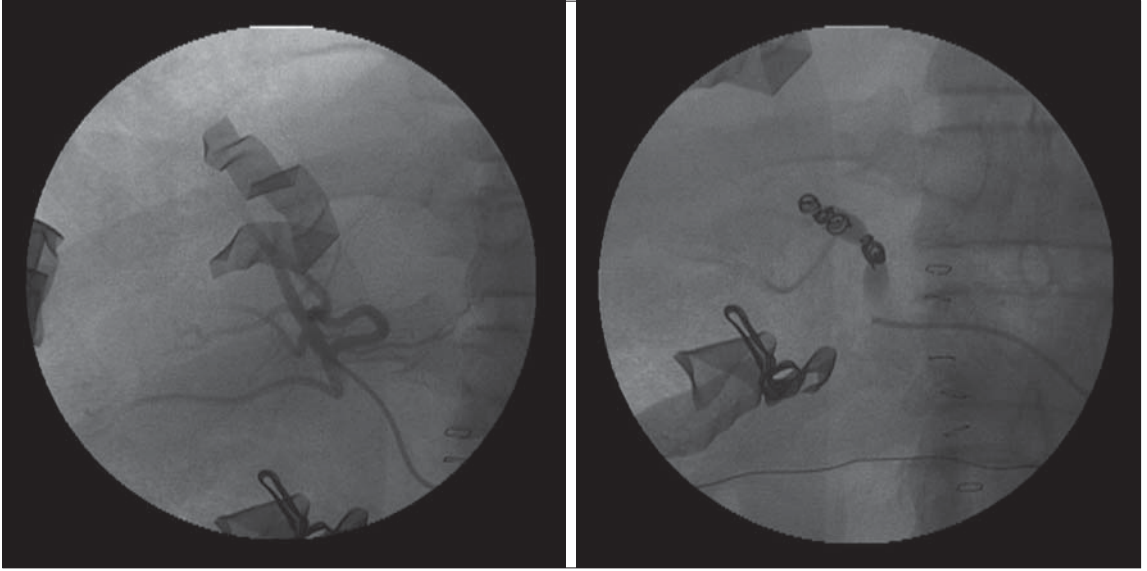


Figura 3. Embolización de arteria hepática derecha. Cateterización de arteria hepática derecha vía percutánea y quimioembolización. Nótese la ausencia de flujo hacia distal en la fotografía de la derecha.

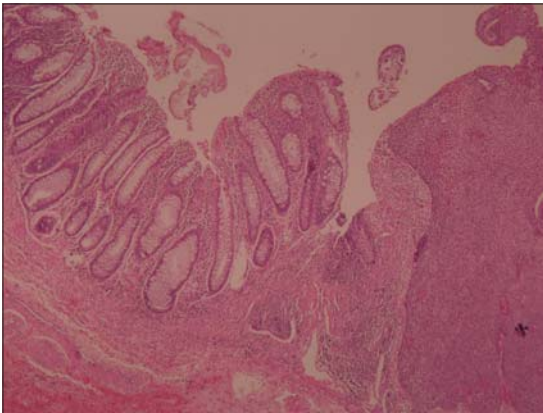


Figura 4. Biopsia de Tumor anal primario. Se observa a la izquierda de la microfotografía, mucosa de tipo rectal, con criptas revestidas por células caliciformes, y en el extremo derecho, masa tumoral sólida correspondiente a un carcinoma espinocelular basaloide (células uniformes con núcleos hiper cromáticos, similares a las capas basales de los epitelios escamosos), infiltrando el estroma en profundidad, y reemplazando el epitelio normal. (Hematoxilina-eosina, 100x).

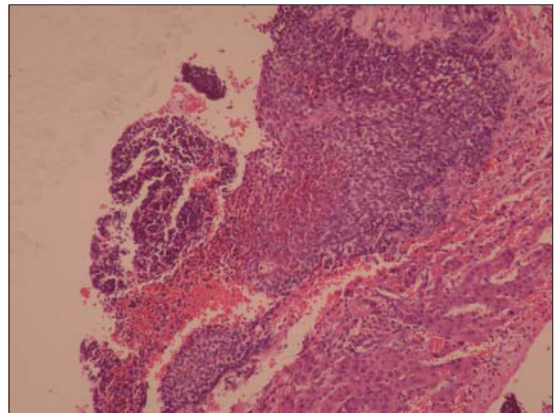


Figura 5. Biopsia de metástasis hepática. Histología de metástasis hepática, en el ángulo inferior derecho normal y en el centro, la infiltración tumoral basaloide similar a la del tumor rectoanal, y que corresponde a la metástasis de ésta. (Hematoxilina-eosina, 100x).

Su evolución posterior fue favorable siendo dado de alta 15 días después de su ingreso en buenas condiciones.

Las biopsias del tumor primario y metástasis hepáticas se presentan en la Figuras 4 y 5.

Discusión

El caso descrito representa un desafío diagnóstico y terapéutico. El síndrome inicial fue hemorragia digestiva alta con compromiso hemodinámico, con hallazgos inespecíficos en la endoscopia alta. Esto obligó a plantear diag-

nósticos alternativos como aneurisma cirsoideo de Dieulafoy, shock distributivo o hemorragia de otro origen; en este caso la lesión principal resultó ser extraintestinal.

La presencia de trombocitopenia y alteración de pruebas de coagulación, apoyó el diagnóstico de coagulación intravascular diseminada (CID) lo que destaca la importancia de los exámenes de laboratorio básico en pacientes con hemorragia digestiva. La CID es una complicación de alta mortalidad que se asocia a cuadros de sepsis, accidentes obstétricos y politraumatismo. En sepsis severa la aparición de CID puede reducir sobrevida a 30 días en 50%¹. Su tratamiento consiste en reponer factores de la coagulación y corregir la causa subyacente. En nuestro paciente la CID favoreció la hemorragia de la mucosa gástrica que se manifestó como hematemesis retardando el diagnóstico final.

La rotura espontánea de un tumor hepático asociada a hemoperitoneo masivo es una emergencia poco frecuente y de difícil tratamiento. Está descrita y puede ser el evento terminal en pacientes portadores de Cirrosis y Carcinoma hepatocelular². Otras lesiones que también pueden presentar esta complicación son: adenomas, hemangiomas gigantes³, angiosarcoma⁴, hepatoblastoma en niños y metástasis. En nuestra revisión encontramos un solo reporte de metástasis hepática de cáncer anal complicada con rotura espontánea y hemoperitoneo⁵.

Cáncer anal y metástasis hepática

Se estima que el cáncer anal representa sólo el 1,5% de los cánceres digestivos, con una incidencia anual de 1/100.000 en Estados Unidos⁶. Se identifica como factores de riesgo el sexo femenino, promiscuidad sexual, HIV, infección por virus papiloma (HPV-16), práctica sexual anal⁶⁻⁸. En el 90% de los casos el tipo histológico es carcinoma, reconociéndose 3 variedades: keratinizante, no keratinizante y basaloides. Otros tipos menos frecuentes son adenocarcinoma, melanoma, carcinoide, sarcoma de kaposi, leiomiomas y linfoma. La diseminación generalmente es por contigüidad y vía linfática, en menos del 10% se encuentra compromiso extrapelvico al momento del diagnóstico⁹. La metástasis hepática es la localiza-

ción a distancia más frecuente¹⁰. El tratamiento actual del cáncer anal en estadios tempranos contempla el uso de quimioterapia y radioterapia pelviana. La cirugía queda reservada para casos seleccionados.

Hemoperitoneo y tumor hepático, estrategia terapéutica

No existe una recomendación universal de tratamiento. La condición global del paciente y el compromiso hemodinámico son factores fundamentales a considerar antes de definir el tratamiento.

En una serie francesa de 20 pacientes con tumor hepático y hemoperitoneo (13 adenocarcinomas y 7 adenomas) se observó una mortalidad intrahospitalaria global de 23%.

Al ingreso, 20% de los pacientes presentaba inestabilidad hemodinámica. Los portadores de hepatocarcinoma, asociado a mala función hepática, tuvieron peor pronóstico.

La mayoría de los pacientes recibieron terapia médica inicial. Aquellos que pudieron ser sometidos a resección quirúrgica diferida del tumor tuvieron una mejor sobrevida¹¹.

En pacientes con inestabilidad hemodinámica que impide un manejo conservador y que no pueden someterse a resección quirúrgica de urgencia, la embolización selectiva del lecho arterial que irriga a la lesión es una alternativa útil.

Hsieh et al, reportaron 17 casos de hemoperitoneo masivo por ruptura de carcinoma hepatocelular sometidos a embolización de arteria hepática de urgencia. En todos se logró control de la hemorragia, 12 pacientes pudieron sobrevivir más de un mes tras la intervención. Considerando el mal pronóstico de los casos seleccionados y la altísima morbimortalidad de una cirugía el procedimiento representa una buena opción¹².

En nuestro paciente se efectuó un abordaje combinado: cirugía de urgencia bajo criterio de control de daño y posterior embolización arterial selectiva por angiografía percutánea. El resultado clínico fue satisfactorio.

Reportamos este caso por su relevancia en el diagnóstico diferencial y enfrentamiento terapéutico del hemoperitoneo masivo y masa hepática.

Resumen

Presentamos el caso de un hombre de 61 años ingresado al servicio de urgencia por hematemesis y síncope. Previamente había sido tratado por cáncer anal espinocelular sin evidencia de recidiva. Al examen físico destacaba palidez, taquicardia y sudoración. Se realizó endoscopia alta que evidenció lesiones no significativas. El paciente evolucionó con shock hipovolémico y coagulación intravascular diseminada. La tomografía computarizada de abdomen demostró líquido libre intrabdominal y tumor hepático con signos de ruptura. Se realizó laparotomía de urgencia, posteriormente se efectuó embolización selectiva de arteria hepática derecha con buen resultado clínico. La biopsia del tumor hepático resultó compatible con metástasis de cáncer anal espinocelular.

Palabras clave: Cáncer anal espinocelular, metástasis hepática, hemoperitoneo masivo.

Bibliografía

- 1.- Levi M, Ten Cate H. Disseminated Intravascular Coagulation. *NEJM* 1999; 341: 586-592.
- 2.- Loynes J T. Spontaneous hemoperitoneum Resulting from rupture of hepatocellular carcinoma. *Hospital Physician* 2001; 68-71.
- 3.- Corigliano N, Mercantini P, Amodio P M. Hemoperitoneum from a spontaneous rupture of a giant hemangioma of the liver: report of a case. *Surg Today* 2003; 33 (6): 459-463.
- 4.- Molina E, Hernández A. Clinical Manifestations of primary hepatic angiosarcoma. *Dig Dis Sci* 2003; 48: 677-682.
- 5.- Tung C F, Chang C S, Chow W K, Peng Y C, Hwang J I, Wen M C. Hemoperitoneum secondary to spontaneous rupture of metastatic epidermoid carcinoma of liver: case report and review of the literature. *Hepatogastroenterology* 2002; 49: 1415-1417.
- 6.- Ryan D, Compton C, Mayer R. Carcinoma of the anal canal. *NEJM* 2000; 342: 792-800.
- 7.- Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Smigal C, et al. Cancer statistics, 2006. *CA Cancer J Clin* 2006; 56: 106-130.
- 8.- Frisch M, Glimelius B, van den Brule A J, Wohlfahrt J, Meijer C J, Walboomers J M, et al. Sexually transmitted infection as a cause of anal cancer. *N Engl J Med* 1997; 337: 1350-1358.
- 9.- Klas J, Rothenberger D, Wong W, Madoff R. Malignant Tumors of the Anal Canal. *The Spectrum of Disease, Treatment, and Outcomes. Cancer* 1999; 85: 1686-1693.
- 10.- Cummings B. Metastatic anal cancer: The Search for Cure. *Onkologie* 2006; 29: 5-6.
- 11.- Marini P, Vilgrain V, Belghiti J. Management of spontaneous rupture of liver tumors. *Dig Surg* 2002; 19: 109-113.
- 12.- Jan-Sing Hsieh, Che-Jen Huang, Yu-Sheng Huang, Pai-Ching Sheen, Tsung-Jen Huang. Intraoperative hemorrhage due to spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma: Treatment by hepatic artery embolization. *AJR* 1987; 149: 715-717.

Correspondencia a:

Dr. Luis Méndez Alcamán

E-mail: lucciomendez@gmail.com