

LOBOS XV 2019

Pablo Plaza
Salta

CASO CLINICO

Paciente masculino de 70 años

Derivado por antecedentes de cirrosis de etiología etílica. Abstinencia >3años

Complicaciones de su hepatopatía crónica:

- Varices esofágicas sin sangrado

No concurría a los controles de su hepatopatía desde hace 2 años

CASO CLINICO

Debido a una astenia marcada y perdida de peso consulta nuevamente

Otros antecedentes: HTA, sin tratamiento actual

Dejo los B-bloqueantes por las varices esofágicas

Hombre - 70 a - cirrosis OH- nódulo 57mm

- Motivo de derivación: (14/07/17). Lesión nodular en ecografía de 57x56x46mm en seg. VII (LHD). Ultima ecografía >2 años.
- Laboratorio: Hto: 51 GB: 4500 Plaq: 136k
- TGO/TGP 88/89(59) FAL 148(126) GGT 491(56)
BIL TT: 1,1 PT 7,9 Creat: 0,7
ALB 3,9 TP 68 RIN 1,2
Child: A (5) MELD: 9

ENDOSCOPIA???

Hombre - 70 a - cirrosis OH- nódulo 57mm

- Motivo de derivación: (14/07/17). Lesión nodular en ecografía de 57x56x46mm en seg. VII (LHD). Ultima ecografía >2 años.
- Laboratorio: Hto: 51 GB: 4500 Plaq: 136k
- TGO/TGP 88/89(59) FAL 148(126) GGT 491(56)
BIL TT: 1,1 PT 7,9 Creat: 0,7
ALB 3,9 TP 68 RIN 1,2
Child: A (5) MELD: 9

ENDOSCOPIA: **VARICES ESOFAGICAS CHICAS**

Hombre - 70 a - cirrosis OH- nódulo 57mm

Cual o cuales son los siguientes pasos diagnósticos?:

- Tac dinámica (Trifásica)
- RMN con contraste
- Alfa feto proteína

Hombre - 70 a - cirrosis OH- nódulo 57mm

FALLA Screening de carcinoma hepatocelular

Ecografía cada 6 meses

50% de los ptes en riesgo no se hace ecografía semestral

Se recomienda no utilizar la AFP .

AFP +ECO semestral: Cuando la ECO sea por operadores no expertos

No se recomienda la utilización como herramientas de tamizaje la TC y RM.

Alfa feto proteína \$650

IBP 1ra Línea \$960

Hombre - 70 a - cirrosis OH- nódulo 57mm

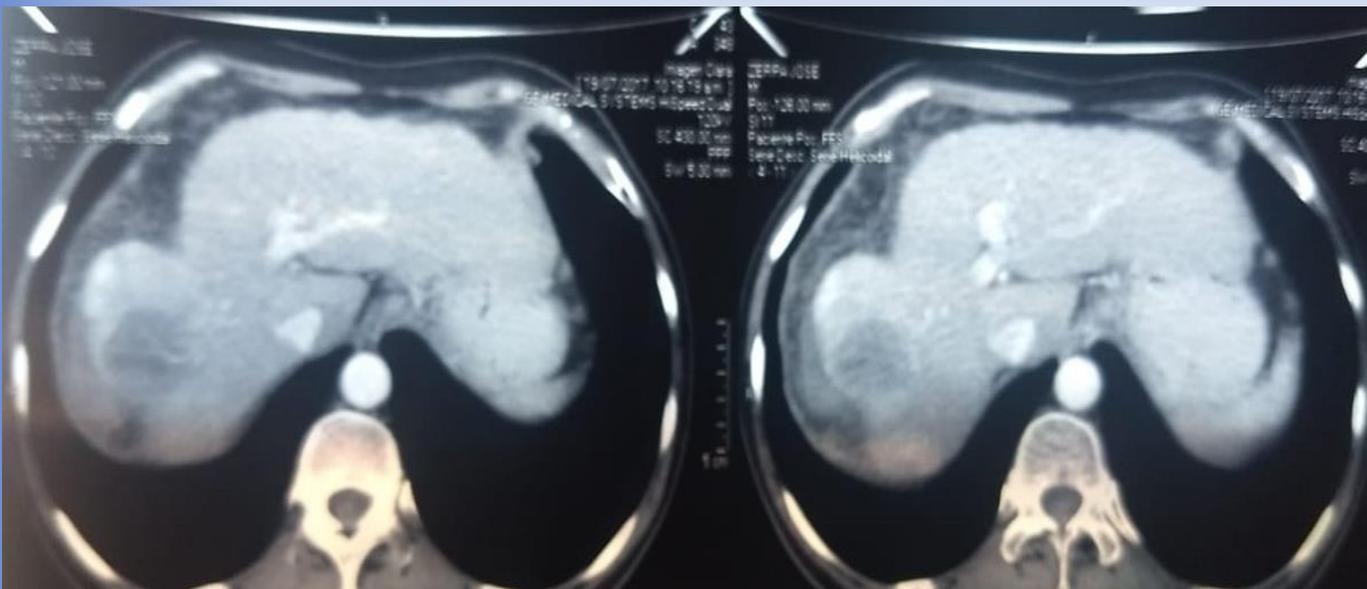
- Siguiendo procedimiento diagnóstico?

– **TAC DINAMICA** vs RMN

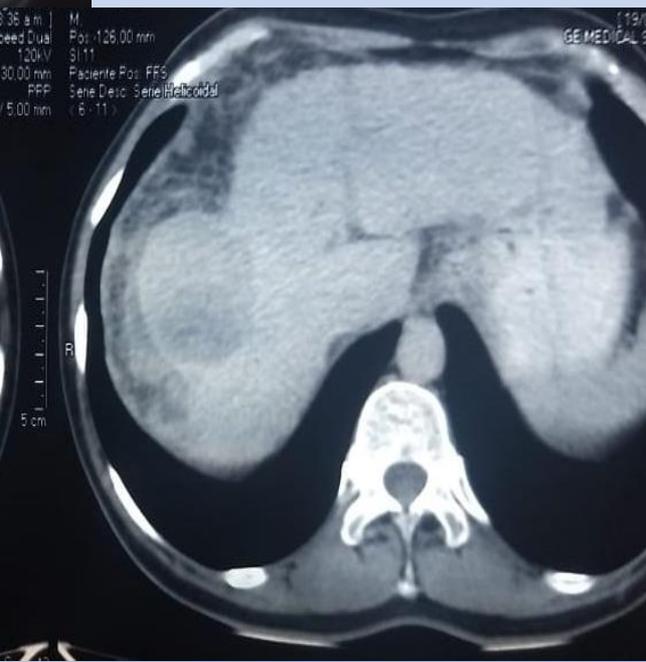
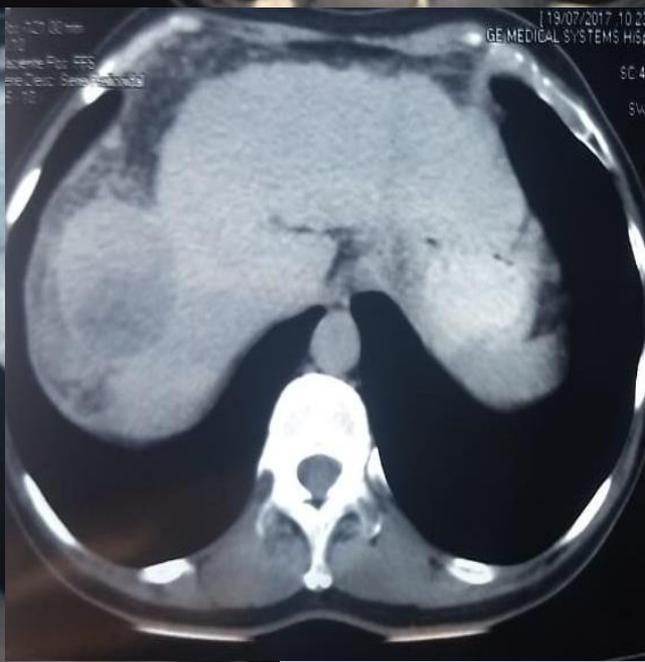
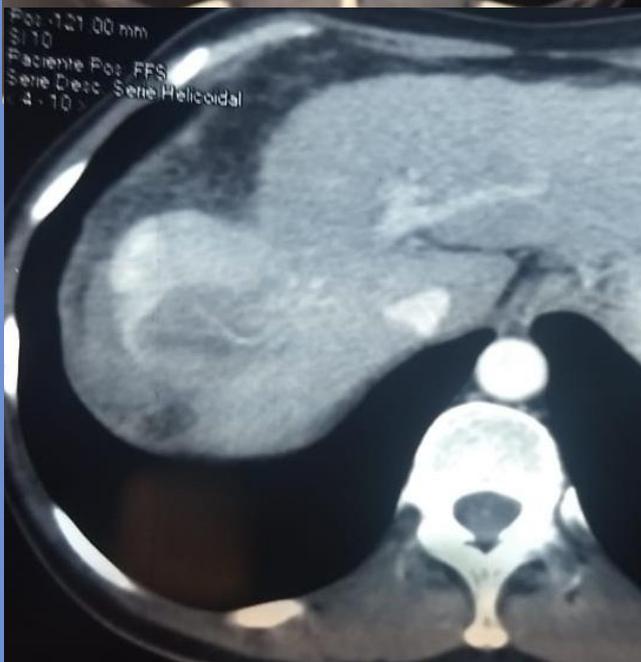
19/07/17: Hígado dismórfico, con marcada atrofia del LHD e hipertrofia del LHI y caudado, densidad heterogénea y superficie micronodular.

Sobre seg VII lesión nodular sólida de 60mm, con realce heterogéneo en fase arterial, para volverse hipodensa en fase portal y tardía

Hombre - 70 a - cirrosis OH- nódulo 60mm



TAC DINAMICA



Hombre - 70 a - cirrosis OH- nódulo 60mm

Lesión hepática única, exofítica de gran tamaño 60mm.

Child: A (5) MELD: 9

Dos estudios por imágenes

Con alfa feto: 1000

Diagnostico de Carcinoma Hepatocelular

H-70 a-Cirrosis – CP A / MELD 9- nódulo 60mm
AFP 1000

Cual es la conducta?

- Evaluación para trasplante hepático?
- Tto locorregional?
 - TACE
 - Cirugía
 - Ablación percutánea (etanol / ARF)
 - Radioembolización
- Tratamiento sistémico?

H-70 a-Cirrosis – CP A / MELD 9- nódulo 60mm
AFP 1000

Tto locorregional?

- TACE
 - PS 0
 - TUMOR <10CM
 - CHILD A
 - BIL TT <3
 - ALT no > 5VVN
 - <50% AFECTACION HEPATICA
 - NO INVASION VASCULAR
 - IR / ECP / SHUNT IH

H-70 a-Cirrosis – CP A / MELD 9- nódulo 60mm
AFP 1000

Tto locorregional?

- Ablación percutánea (etanol / ARF)
 - TUMORES 20mm RTA 95%
 - TUMORES 20-30mm RTA 80
 - NO LESIONES SUBCAPSULARES
 - BCLC 0-A
 - NO CANDIDATOS A CX

H-70 a-Cirrosis – CP A / MELD 9- nódulo 60mm
AFP 1000

Cual es la conducta?

Tto locorregional?

- Radioembolizacion
 - IRRESECABLE
 - CHILD A-B
 - BIL TT < 2
 - NO EXTRAHEPAT.
 - HASTA 5 LESIONES (CT <20cm)
 - TU < 10cm

H-70 a-Cirrosis – CP A / MELD 9- nódulo 60mm
AFP 1000

Lesión hepática única, exofítica de 60mm

Indicaciones?? (julio 2017)

Criterios de Milán

1 Tumor < de 5 cm

3 Tumores, ninguno > a

3 cm

Criterios de UCSF

1 Tumor < 6.5 cm

2-3 Tumores, ninguno > 4.5

cm con diámetro total

< 8 cm

A-FETO PROTEINA 1000

CONTRAINDICARIA EL TX

HEPÁTICO?

H-70 a-Cirrosis – CP A / MELD 9- nódulo 60mm
AFP 1000

Lesión hepática única, exofítica de 60mm

Indicaciones?? (julio 2017)

- ***Evaluación para trasplante hepático***

Criterios de Milán

1 Tumor < de 5 cm
3 Tumores, ninguno > a
3 cm

Criterios de UCSF

1 Tumor < 6.5 cm
2-3 Tumores, ninguno > 4.5
cm con diámetro total
< 8 cm

H-70 a-Cirrosis – CP A / MELD 9- nódulo 60mm

AFP 1000

- En julio de 2017 se solicitó derivación para trasplante Hepático en CABA.

RMN

Hígado heterogéneo, de contornos irregulares, de aspecto cirrótico. Se identifica una formación nodular con crecimiento exofítico de aproximadamente 75 mm en el segmento VII – VIII la cual realza de manera intensa y heterogénea tras la administración del contraste e.v. en tiempo arterial y muestra "wash-out" con respecto al parénquima circundante en las fases tardías persistiendo realce periférico capsular. Es compatible con nódulo de HCC (LR5).

Escasa visualización de la rama anterior de la vena porta derecha, probablemente vinculable a trombosis crónica.

El resto del eje esplenomesentérico portal al igual que la inferior se encuentran permeables.

Arteria hepática permeable, con su distribución habitual.

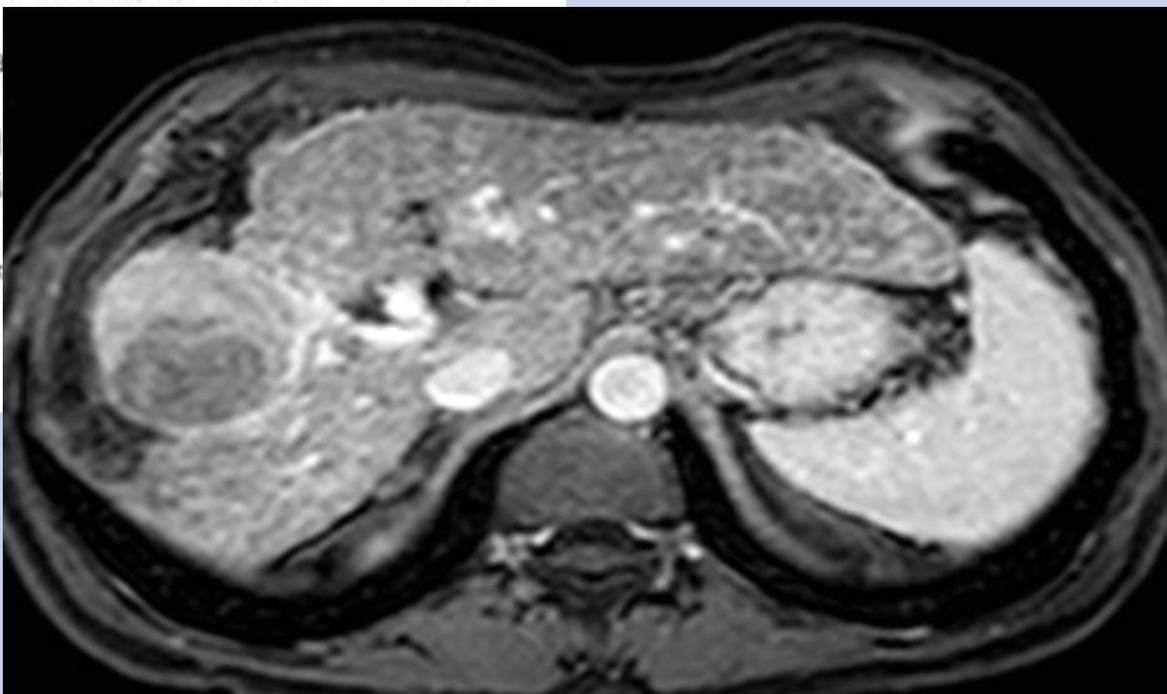
Vesícula de paredes finas, sin evidencia de imágenes litias.

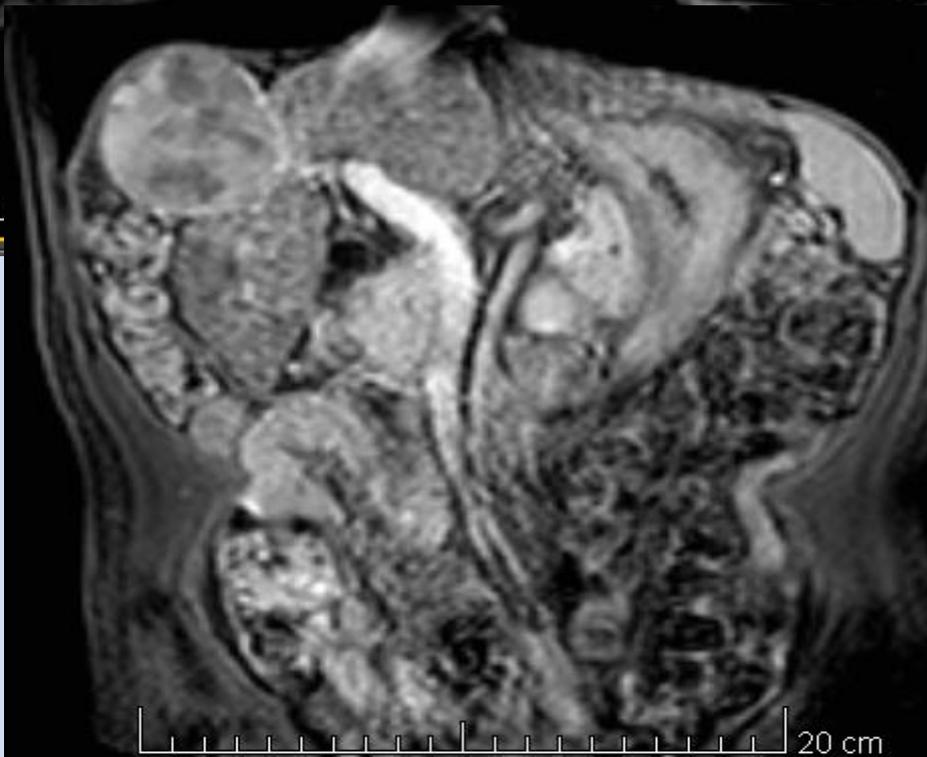
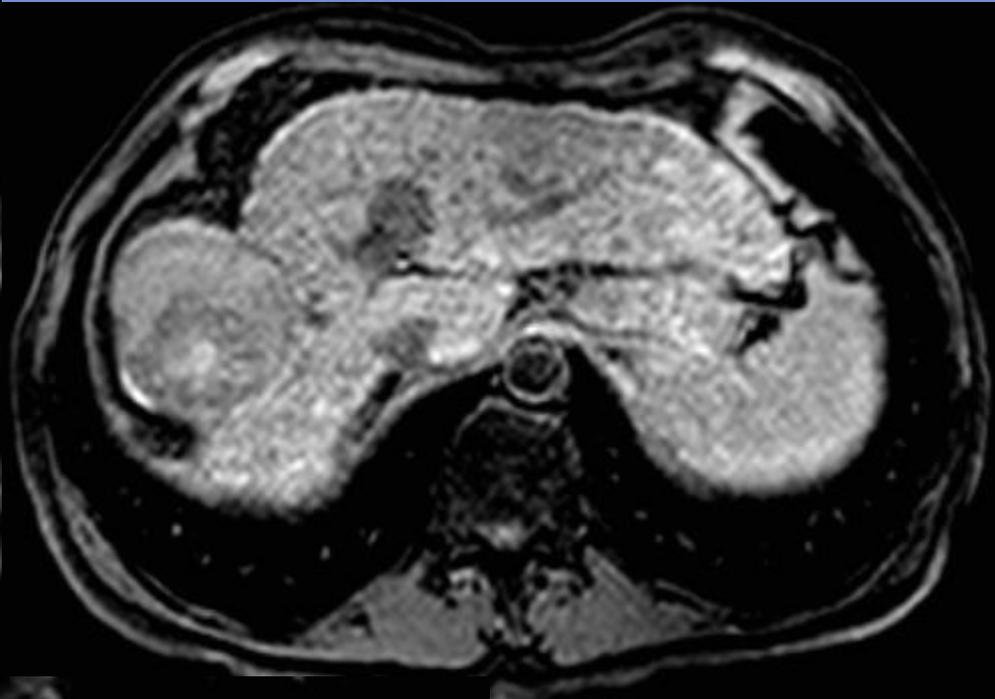
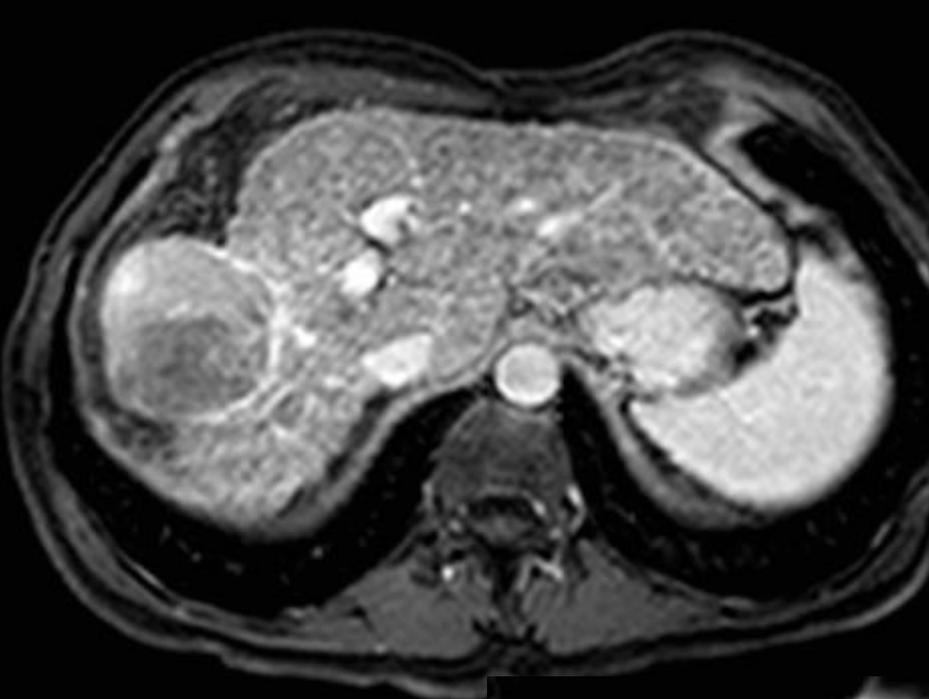
Vía biliar intra y extrahepática sin signos de dilatación.

Bazo, páncreas, glándulas suprarrenales y ambos riñones.

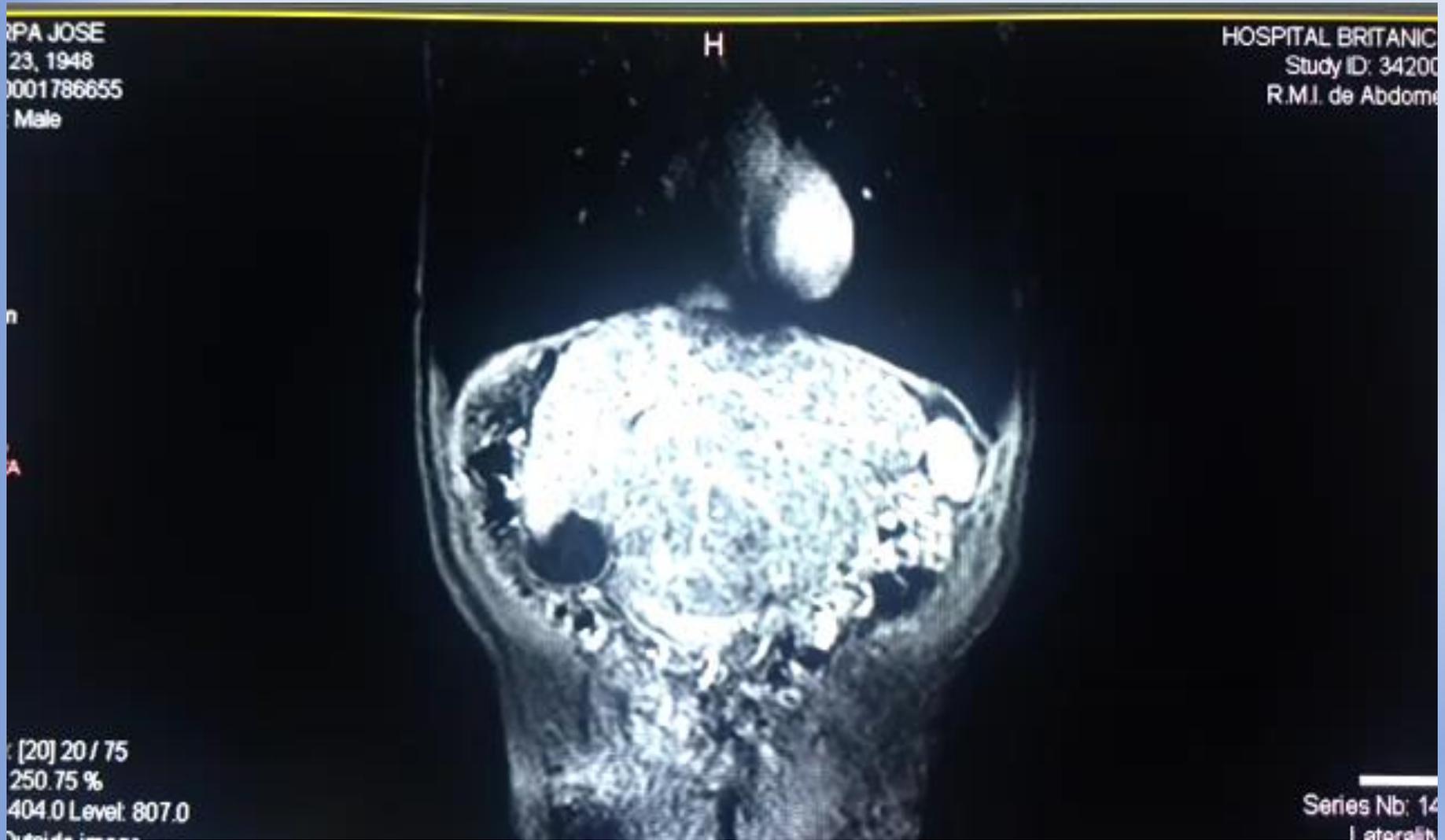
Retroperitoneo libre de adenomegalias.

Resto del examen sin otras particularidades.





Hombre - 70 a - cirrosis OH- nódulo 60mm



Hombre - 70 a - cirrosis OH- nódulo 75mm

Hígado heterogéneo, de contornos irregulares, de aspecto cirrótico. Se identifica una formación nodular con crecimiento exofítico de aproximadamente 75 mm en el segmento VII - VIII la cual realza de manera intensa y heterogénea tras la administración del contraste e.v. en tiempo arterial y muestra "wash-out" con respecto al parénquima circundante en las fases tardías persistiendo realce periférico capsular. Es compatible con nódulo de HCC (LR5).

Escasa visualización de la rama anterior de la vena porta derecha, probablemente vinculable a trombosis crónica.

El resto del eje esplenomesentérico portal al igual que las venas suprahepáticas y vena cava inferior se encuentran permeables.

Arteria hepática permeable, con su distribución habitual.

Vesícula de paredes finas, sin evidencia de imágenes litiásicas en su interior.

Vía biliar intra y extrahepática sin signos de dilatación.

Bazo, páncreas, glándulas suprarrenales y ambos riñones dentro de límites normales.

Retroperitoneo libre de adenomegalias.

Resto del examen sin otras particularidades.

H-70 a-Cirrosis – CP A / MELD 9- nódulo 75mm AFP 1000

INDICACIONES? (agosto 2017)

- *Trasplante hepático?*
 - Milán?
 - Milán extendidos (UCSF)?
 - En el 2019: Modelo AFP (Francés)?
- *Tto locorregional?:*
 - TACE
 - Cirugía
 - Ablación percutánea (etanol / ARF)
 - Radioembolización
- *Tto sistémico?: Sorafenib*

H-70 a-Cirrosis – CP A / MELD 9- nódulo 75mm
AFP 1000

INDICACIONES? (agosto 2017)

- *Trasplante hepático?*
 - Milán? **NO**
 - Milán extendidos (UCSF)? **NO**
 - En el 2019: Modelo AFP (Francés)?
- *Tto locorregional?:*
 - TACE **NO**
 - Cirugía
 - Ablación percutánea (etanol / ARF) **NO**
 - Radioembolización
- *Tto sistémico?: Sorafenib*

H-70 a-Cirrosis – CP A / MELD 9- nódulo 75mm
AFP 1000

TRATAMIENTO LOCAL

- **Cirugía**

Octubre de 2017 cirugía con ablación del tumoral.

Evolución clínica ok, solo ascitis que resuelve con diuréticos.

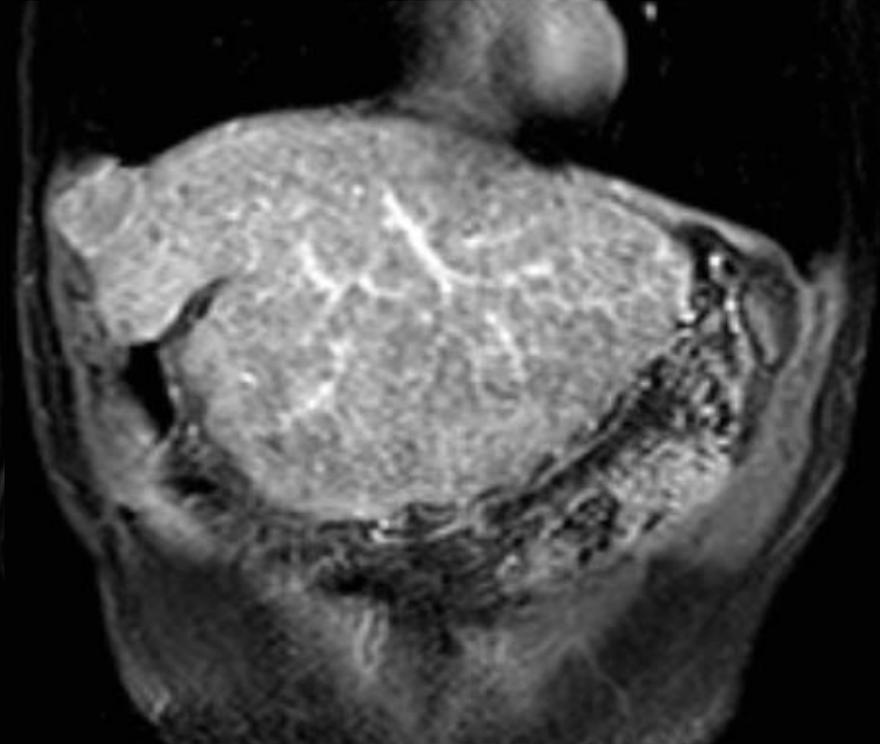
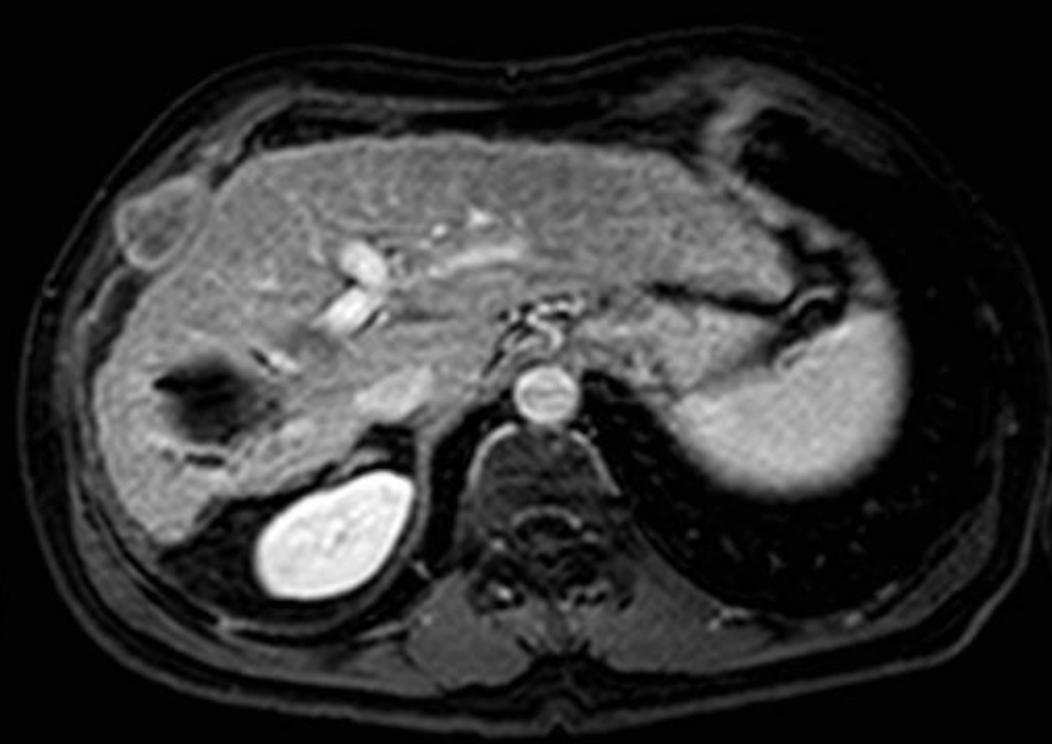
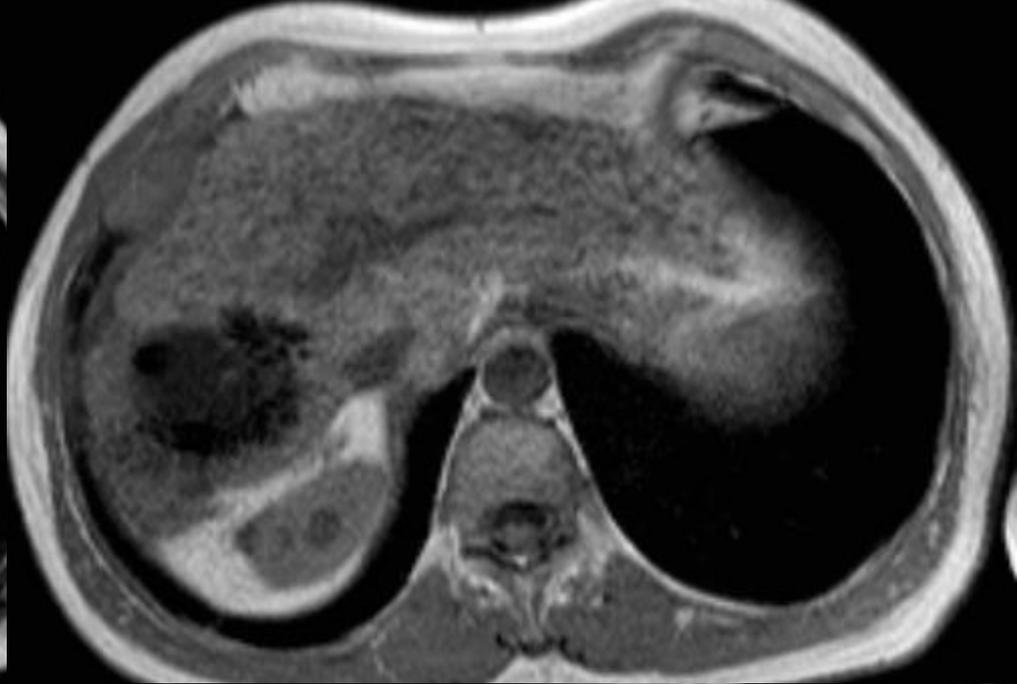
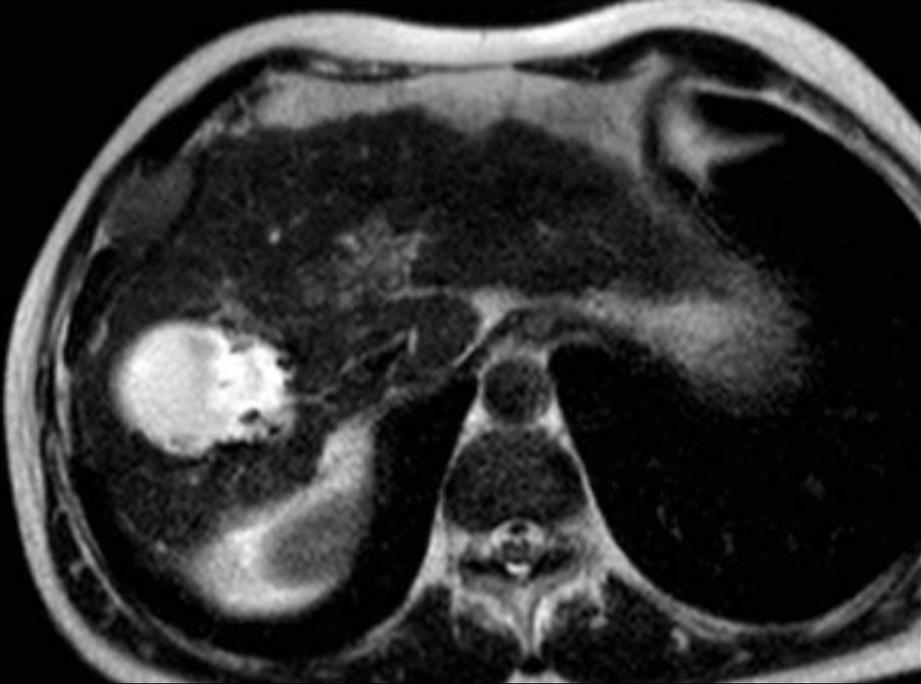
Es dado de alta.

Control Febrero 2018 con RMN

H-70 a-Cirrosis – CP A / MELD 9- nódulo 75mm
AFP 1000

En domo huellas quirúrgicas de acuerdo a la resección de nódulo con colección líquida heterogénea.

Se registra aparición de formación nodular en partes blandas con realce heterogéneo en relación con la envoltura pleural posterior del lóbulo inferior del PD, adyacentes al segmento VIII sobre la pared toracoabdominal de 35 x 32mm



H-70 a-Cirrosis – CP A / MELD 9- nódulo 75mm
AFP >1200 – **MTTS**

Resección hepatocarcinoma

Tasa de recidiva >50 % 5 a años.

La recurrencia extrahepática o invasión vascular que ocurre dentro de los primeros 6-8 meses post resección: peor pronóstico

La presencia de invasión macro/microvascular, la presencia de satélites, la desdiferenciación tumoral son variables recurrencia post qx

H-70 a-Cirrosis – CP A / MELD 9- nódulo 75mm
AFP 1000

TRATAMIENTO LOCAL

- Cirugía

FEBRERO 2018 (4 meses post QX)

Lesión de pared costal (secundarismo)

A-FP: 1206

Centellograma: Normal

CONDUCTA

H-70 a-Cirrosis – CP A / MELD 9- nódulo 75mm
AFP >1200 – MTTTS

TRATAMIENTO LOCAL

- Cirugía
post QX

Lesión de pared costal (secundarismo)

A-FP: 1206

Centellograma: Normal

CONDUCTA

Nueva Cirugía?

Tratamiento local?

Tratamiento sistémico?

H-70 a-Cirrosis – CP A / MELD 9- nódulo 75mm
AFP >1200 – MTTTS

TRATAMIENTO LOCAL

- Cirugía
post QX

Lesión de pared costal (secundarismo)

A-FP: 1206

Centellograma: Normal

CONDUCTA

Nueva Cirugía?

Tratamiento local?

Tratamiento sistémico?

71 años – HTA

Se indica Sorafenib

H-70 a-Cirrosis – CP A / MELD 9- nódulo 75mm
AFP >1200 – MTTTS

Sorafenib (400 c/12)

Child A (Media de supervivencia 19meses)

Child B seleccionados (Media de supervivencia
7 meses)

BCLC C

Albumina y bilirrubina basal mejor pronostico

69-74% efectos adversos

>Child B: EAseveros

> Fallecimiento Child B

	AA totales, n (%)		AA relacionados con el fármaco, n (%)	
	Todos los grados	Grados3 o 4	Todos los grados	Grados3 o 4
Diarrea	63 (44,1)	11 (7,7)	56 (39,2)	10 (7,0)
Fatiga	48 (33,6)	15 (10,5)	28 (19,6)	8 (5,6)
EPP	26 (18,2)	11 (7,7)	22 (15,4)	9 (6,3)
Disfunción hepática	26 (18,2)	6 (4,2)	5 (3,5)	2 (1,4)
Anorexia	13 (9,1)	1 (0,7)	8 (5,6)	1 (0,7)
Dolor abdominal ^a	17 (11,9)	2 (1,4)	5 (3,5)	0 (0)
Ascitis	24 (16,8)	12 (8,4)	4 (2,8)	2 (1,4)
Pérdida de peso	15 (10,5)	3 (2,1)	8 (5,6)	2 (1,4)
Rash/descamación	11 (7,7)	0 (0)	10 (7,0)	0 (0)
Hipertensión	13 (9,1)	1 (0,7)	13 (9,1)	1 (0,7)
Encefalopatía	25 (17,5)	7 (4,9)	4 (2,8)	2 (1,4)
Vómitos	8 (5,6)	0 (0)	5 (3,5)	0 (0)
Cambios en la voz	11 (7,7)	0 (0)	9 (6,3)	0 (0)
Fallo renal	10 (7,0)	6 (4,2)	0 (0)	0 (0)

H-70 a-Cirrosis – CP A / MELD 9- nódulo 75mm
AFP >1200 – MTTTS

Sorafenib

Efectos colaterales

- » Síndrome mano-pies
- » Diarreas
- » Anorexia
- » Dolor abdominal
- » Bajo peso

H-70 a-Cirrosis – CP A / MELD 9- nódulo 75mm

AFP >1200 – MTTTS

11/07/18

A-FP: 300

- ❖ Hígado dismórfico, con marcada atrofia de su lóbulo derecho e hipertrofia del lóbulo izquierdo y del caudado. Muestra densidad heterogénea y superficie micronodulillar, sin evidenciarse dilatación de la vía biliar intrahepática. Secuelas quirúrgicas en el segmento VII, identificándose una cavidad con contenido líquido circunscripta de múltiples clips quirúrgicos. No se identifican lesiones focales ni signos de recidivas de la patología de base. Tampoco se evidencian realces patológicos en las distintas fases vasculares.

Engrosamiento subpleural del Lóbulo inferior derecho



H-70 a-Cirrosis – CP A / MELD 9- nódulo 75mm
AFP >1200 – MTTTS

Sorafenib

Efectos colaterales

- » Síndrome mano-pies
- » Diarreas
- » Anorexia
- » Dolor abdominal
- » Bajo peso

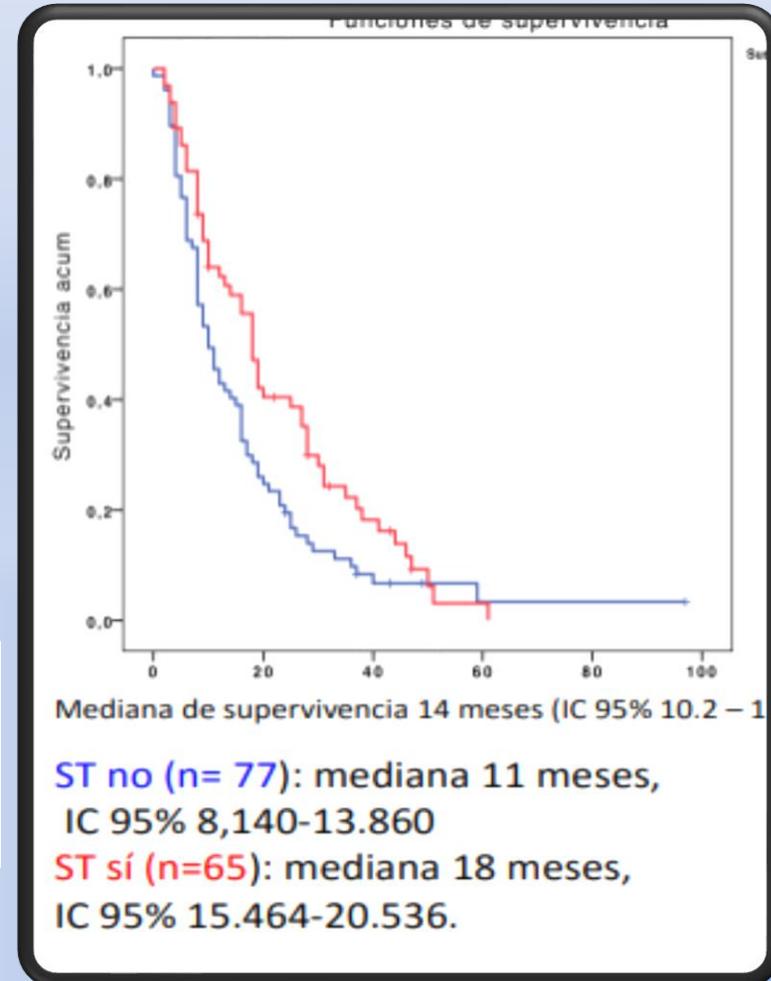
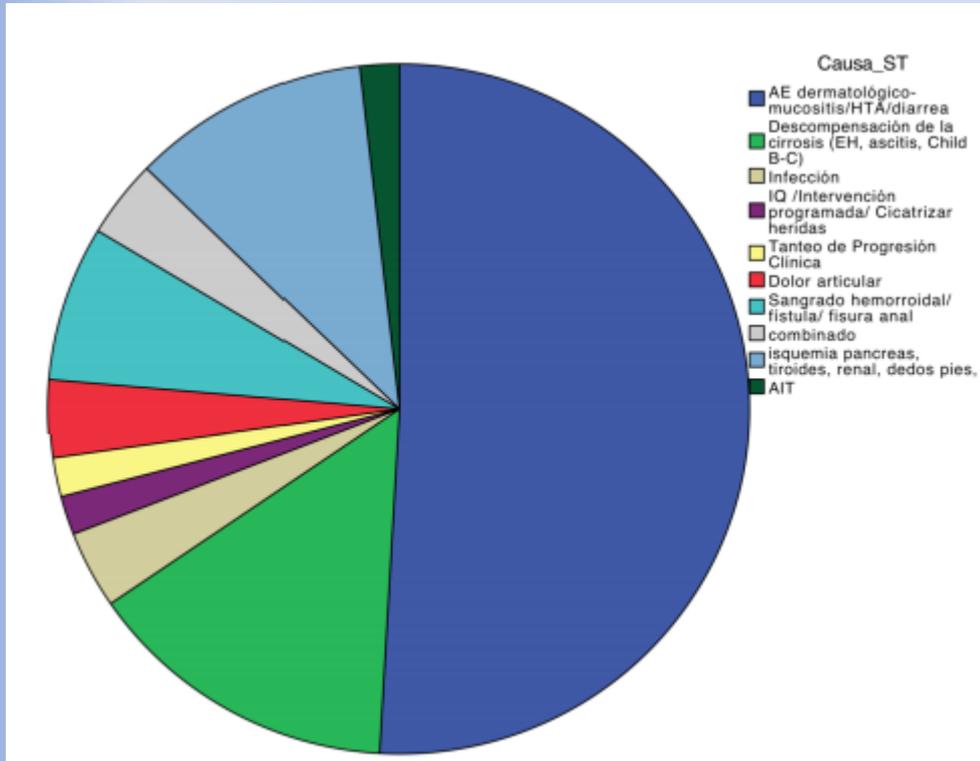
Suspensión de tto por EA severos

Child A 29%

Child B >40%

Los EA dermatológicos se asocian a mejor respuesta

Suspensión transitoria o ajuste de dosis mejora la supervivencia



IC 95% 10.2 – 18.8

ST sí (n=65): mediana 18 meses, IC 95% 15.464-20.536.

IC 95% 8,140-13.860

H-70 a-Cirrosis – CP A / MELD 9- nódulo 75mm

AFP >1200 – MTTTS

1/07/19

A-FP: 12.2

- ❖ Hígado dismórfico, con marcada atrofia de su lóbulo derecho e hipertrofia del lóbulo izquierdo y del caudado. Muestra densidad heterogénea y superficie micronodular, sin evidenciarse dilatación de la vía biliar intrahepática. Secuelas quirúrgicas en el segmento VII, identificándose una cavidad con contenido líquido circunscrita de múltiples clips quirúrgicos. No se identifican lesiones focales ni signos de recidivas de la patología de base. Tampoco se evidencian realces patológicos en las distintas fases vasculares.
- ❖ Vesícula biliar presente, de aspecto edematosa, sin imágenes litiásicas visibles por este método.
- ❖ El Bazo se muestra de morfología normal, sin signos de lesiones orgánicas.
- ❖ En la Pelvis no se observan signos de lesiones ocupantes de espacio.
- ❖ No hay alteraciones del contenido ni de las paredes de la Vejiga.

(Hospital Privado Santa Clara de Asís) - Tels. (0387) 431-2564 / 432-1440 - A4402AYT SALTA
www.imagenclarasrl.com.ar

segmento anterior del lóbulo superior derecho, de aspecto inespecífico.

- Engrosamiento pleural focal en la región posterior del lóbulo inferior derecho. También se observan otros pequeños engrosamientos pleurales focales en ambos lóbulos superiores.
- No se observa derrame pleural.
- El calibre de la tráquea y de los grandes bronquios se encuentra conservado.
- Las estructuras vasculares presentan un aspecto tomográfico normal.
- No se identifican adenomegalias mediastinales de aspecto patológico.
- Las distintas estructuras de la pared torácica no muestran signos de lesiones.
- El presente examen no presenta cambios significativos en relación a los estudios tomográficos previos.



H-70 a-Cirrosis – CP A / MELD 9- nódulo 75mm
AFP >1200 – MTTTS

Sorafenib

Efectos colaterales (desde inicio a la fecha):

- » Síndrome mano-pies
- » Diarreas
- » Bajo peso
- » Dolor abdominal
- » Anorexia

DURACION DEL TRATAMIENTO?

- 18 meses de tto
- Clínica ok (PS 0)
- TAC y centellograma S/P

LOBOS XV 2019
MUCHAS GRACIAS!!!



Pablo Plaza
Salta