

## **RELATO DE CASO: RESSECÇÃO HEPÁTICA PARA CARCINOMA HEPATOCELULAR EM PACIENTE CIRRÓTICO CHILD B**

Karoline Jacob Casaroti<sup>1</sup>, Ana Laura Arroyo Teixeira<sup>1</sup>, Mariana Storino Conte<sup>1</sup>, Giulia Sestini<sup>1</sup>, Gabriel Antonio Cabriott Dumbra<sup>1</sup>, Raphael Raphe<sup>2</sup>.

1. Acadêmico(a) do 10º Semestre do Curso de Medicina da Faculdade Ceres - FACERES, São José do Rio Preto, SP.
2. Docente de Cirurgia do Curso de Medicina da Faculdade Ceres - FACERES, São José do Rio Preto, SP.

### **RESUMO:**

O carcinoma Hepatocelular é a quinta neoplasia maligna mais comum no mundo, e as duas principais opções terapêuticas são a Ressecção Cirúrgica e o Transplante Hepático. A primeira é indicada em casos de cirrose hepática, CHILD-PUGH - A, tumor único < 5 cm, ausência de hipertensão, ausência de invasão vascular macroscópica e de metástases. Já as indicações para o transplante são cirrose hepática, CHILD-PUGH A, B e C, e os critérios de Milão - tumor único < 5 cm, até 3 tumores (nenhum > 3 cm), ausência de invasão vascular macroscópica e de metástases. Os autores descrevem um caso de um paciente com diagnóstico de Hepatocarcinoma, classificado como CHILD-PUGH - B, em que embora as diretrizes considerassem o Transplante Hepático como primeira escolha de tratamento, optou-se pela ressecção tumoral analisando a opinião do paciente, localização/tamanho das lesões, bilirrubinas normais, tempo de espera em fila para transplante, e a possível opção de Transplante de resgate, se necessário.

### **INTRODUÇÃO:**

O carcinoma hepatocelular (CHC) é a quinta neoplasia maligna mais comum no sexo masculino e a sétima em mulheres no mundo, sendo responsável por 5,6% de todas

as neoplasias malignas.<sup>1,2,3</sup> A cirrose hepática é a principal indicação do transplante hepático (70% - 90% dos casos).<sup>4</sup>

O diagnóstico pode ser feito pela presença de exame de imagem com lesão típica, aumento do marcador tumoral Alfa-fetoproteína, e biópsia. Como nem sempre há aumento dos marcadores tumorais e a realização de biópsia pode não ser possível ou recomendável, o diagnóstico do CHC também pode ser fechado pela presença de exame de imagem com lesão típica e aumento de marcador tumoral ou pela presença de imagem típica em duas modalidades diferentes de exame de imagem.<sup>3</sup>

A avaliação prognóstica é uma ferramenta importante para a escolha do tratamento. A European Association for Study of the Liver, em sua diretriz, recomenda considerar quatro aspectos: o estágio tumoral, o grau de disfunção hepática, a condição geral do paciente; e a eficácia do tratamento. Os escores de gravidade e classificação mais utilizados para esta avaliação são: Child–Turcotte Pugh (Figura 1) e o modelo matemático MELD.<sup>3,4,5,6,7</sup>

Os principais tratamentos oferecidos baseiam-se, dessa forma, em Ressecção cirúrgica e o no Transplante Hepático. A Ressecção Cirúrgica está indicada em: Cirrose hepática, Child-Pugh A, tumor único < 5cm, ausência de hipertensão portal, invasão vascular macroscópica ou metástases. Já as indicações de transplante hepático são: Cirrose hepática, Child-Pugh A, B ou C e critérios de Milão: tumor único < que 5cm; até 3 tumores, sendo nenhum destes maiores que 3cm, ausência de invasão vascular macroscópica ou metástases.<sup>4,7</sup>

Dessa forma, os autores descrevem um caso de um paciente com diagnóstico de Carcinoma Hepatocelular Child-Pugh B, que segundo a literatura é recomendado o Transplante hepático como principal tratamento de escolha<sup>8,9,10,11,12</sup>, porém após análise de diversas variáveis foi escolhido para este paciente a estratégia de ressecção tumoral.

## **RELATO DE CASO:**

DGS, 58 anos, masculino, portador de cirrose hepática por álcool. Antecedentes pessoais: diabético, hipertenso, dislipidêmico, alcoolismo e tabagismo. Encaminhado do hepatologista clínico devido à cirrose hepática alcoólica com a presença de nódulos hepáticos e aumento de Alfa Fetoproteína:

Ao exame físico: anictérico, fígado há 3cm do rebordo costal diafragmático, com bordas rombas, consistência endurecida e indolor à palpação; ausência de ascite, ausência de edema em MMII, *flapping* negativo.

Foi solicitado para investigação Hemoglobina: 10,8g/dl , Hematócrito: 34,2%, Plaquetas:121.000 mm<sup>3</sup>, INR: 1,16, GGT 431 U/L, Bilirrubina Total: 1,28mg/dL, Albumina: 2,5g/dL, Glicemia: 226 mg/dL, apresentando CHILD –PUGH = B (7) e MELD = 9.

O Ultrassom de Abdômen Superior com Doppler evidenciou Cirrose hepática, nódulo no seguimento VII de 2,4 cm de diâmetro, fluxo hepatofugal e colelitíase. A Ressonância Magnética de Abdômen Superior e Tomografia Computadorizada (Figura 2) evidenciaram, cirrose hepática e hipertensão portal, via porta de 15mm, esplenomegalia, vasos colaterais, nódulos com discreto Wash out (segmento VI/VII 2,5cm e segmento VIII de 2,5). À Endoscopia digestiva alta: varizes de esôfago fino calibre, cicatriz pós ligadura elástica. Para estadiamento foi solicitado Tomografia Computadorizada de Tórax e Cintilografia Óssea, ambos com ausência de metástases

Como conduta para o caso, após conversa com o paciente e avaliação dos prós e contras entre o transplante, optou-se pela Ressecção Tumoral (Figura 3). O paciente apresentou um pós operatório sem intercorrências. O anatomopatológico apresentou hepatocarcinoma moderadamente diferenciado, margens cirúrgicas livres, ausência de invansão linfo-vascular e peri-neural, com complicações cirúrgicas Clavien – Dindo: grau 1.

No 15º dia pós operatório (PO) apresentou icterícia (+/4+), ausência de flapping, saída de líquido ascítico pela ferida operatória. No 30º dia PO: secreção purulenta na ferida

operatória, iniciando clindamicina. No 56º PO apresentou encefalopatia hepática grau I, ausência de secreção pela ferida operatória e ascite.

Foi realizada nova Tomografia Computadorizada de abdômen que mostrava opacificação, incompleta do ramo esquerdo da veia porta, interrogando-se trombose. Também apresentou duas imagens nodulares hipodensas de 5,8 e 3,7 cm, correspondentes as áreas de ressecção, associadas a cirrose hepática e hipertensão portal (esplenomegalia), ascite mínima. Continuou em acompanhamento ambulatorial. Após sexto mês de pós operatório, paciente apresentava-se assintomático, ferida operatória em bom estado de cicatrização. Foram solicitados exames de reestadiamento que não demonstraram recidiva, e Alfa-Fetoproteína normal.

## **DISCUSSÃO:**

O carcinoma hepatocelular é uma das neoplasias malignas mais comum no mundo, e é notório por um mau prognóstico devido à sua invasividade e associação freqüente com cirrose.<sup>8,11</sup>

O transplante de fígado apesar de ser uma abordagem de tratamento eficaz e potencialmente curativo para o CHC como para a cirrose hepática subjacente, apresenta fatores limitantes como a escassez de doadores, alto índice de rejeição do órgão, imunossupressão e a alta morbidade.<sup>2,4,5</sup>

Já a ressecção hepática para pacientes, apesar de alta taxa de recorrência, é agora um procedimento seguro com baixa taxa de mortalidade cirúrgica e tem bons resultados com avanços tecnológicos na última década, principalmente para CHC solitário em pacientes com função hepática bem preservada.<sup>4,6</sup> Neste caso, foi optado por cirurgia de ressecção dos nódulos, devido a pontuação mínima 7 no escore CHILD-PUGH, e levando em conta a opinião do paciente, localização e tamanho das lesões, tempo de espera em fila para transplante, e a possível opção de Transplante de resgate, se necessário<sup>7</sup>.

## REFERÊNCIAS:

1. Grupo Integrado de Transplante de Fígado. FMRP-USP. Protocolo de Carcinoma Hepatocelular. *Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP*. 2011-01, BRA.
2. [Guro](#) H, Young Cho J, Ho-Seong H, Yoo-Seok Y, YoungRok C, [Periyasamy](#) M. Current status of laparoscopic liver resection for hepatocellular carcinoma. *Clinical Molecular Hepatology*. 2016 Jun; 22(2): 212–218.
3. Gomes M.A, Priolli D.G, Tralhão J.G, Botelho M.F. Carcinoma hepatocelular: epidemiologia, biologia, diagnóstico e terapias. *Revista da Associação Médica Brasileira*. Vol.59 no.5. São Paulo. Setembro./Outubro de 2013.
4. Bruix J, Sherman M, Llovet J.M. et al. Clinical Management of Hepatocellular Carcinoma. Conclusions of the Barcelona-2000 EASL Conference. *Journal of Hepatology*. September 2001 Volume 35, Issue 3, Pages 421–430. Accessed October, 2017. [http://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(01\)00130-1/fulltext](http://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(01)00130-1/fulltext)
5. Akamatsu N, Cillo U, Cucchetti A. et al. Surgery and Hepatocellular Carcinoma. . EWALT 2015 Conference Proceedings: Review. *Liver Cancer Journal*. 2017;6:44–50.
6. European Association for the Study of the Liver. European Organisation for Research and Treatment of Cancer. EASL–EORTC Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. Accessed October, 2017. <http://www.easl.eu/medias/cpg/issue7/English-Report.pdf>
7. Shiroma R.K, Chaib E, Amed-Filho A.M et al. Transplante de fígado de acordo com os critérios de Milão: revisão dos últimos 10 anos. *Revista Médica USP*. 91(2):120-4. São Paulo, abril –junho de 2012.

8. Fan J, Yang GS, Fu ZR, Peng ZH, Xia Q, Peng CH, Qian JM, Zhou J, Xu Y, Qiu SJ, Zhong L, Zhou GW, Zhang JJ. Liver transplantation outcomes in 1,078 hepatocellular carcinoma patients: a multi-center experience in Shanghai, China. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2009;135(10):1403-12.
9. Yao FY, Ferrell L, Bass NM, Bacchetti P, Ascher NL, Roberts JP. Liver transplantation for hepatocellular carcinoma: comparison of the proposed UCSF criteria with the Milan criteria and the Pittsburgh modified TNM criteria. *Liver Transpl.* 2002;8(9):765-74.
10. Mazzaferro, V, Regalia E , Doci R, Andreola S, Pulvirenti A, Bozzetti A. Liver transplantation for the treatment of small hepatocellular carcinomas in patients with cirrhosis. *N Engl J Med.* 1996;334(11):693-9.
11. Scatton O, Liddo G, Belghiti J. Liver transplantation for hepatocellular carcinoma: current topics in France. *J Hepatobil Pancreat Surg.* 2010;17(5):567-73.
12. Takada Y, Uemoto S. Liver transplantation for hepatocellular carcinoma: the Kyoto experience. *J Hepatobil Pancreat Surg.* 2010;17(5):527-32.

## ANEXOS:

<b>Escore de Child-Pugh:</b>	<b>1 Ponto</b>	<b>2 Pontos</b>	<b>3 Pontos</b>
Bilirrubina (mg/dL)	< 2	2 - 3	> 3
Albumina (g/dL)	> 3.5	2.8 -3.5	< 2.8
INR	< 1.7	1,7 - 2,3	< 2,3
Ascite	Ausente	Discreta	Tensa
Encefalopatia	Ausente	I-II	II-IV
Classificação de Child Pugh: (A) 5 a 6 pontos, (B) 7 a 9 pontos, (C) 10 a 15 pontos.			

Figura 1: Escore de Child- Pugh

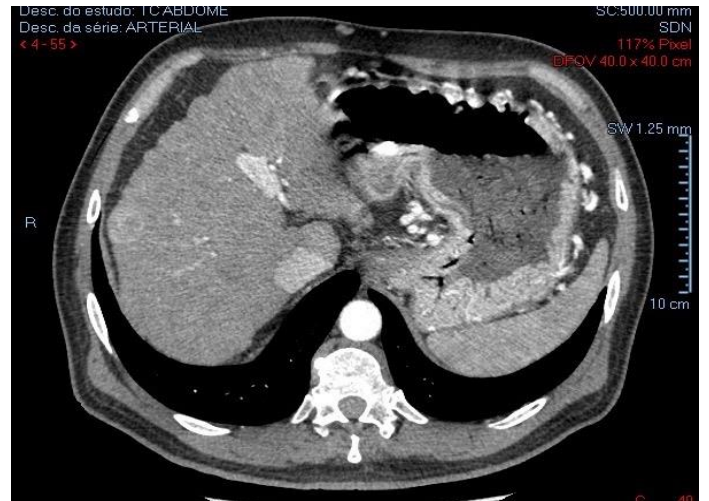


Figura 2: Tomografia Computadorizada do Paciente.

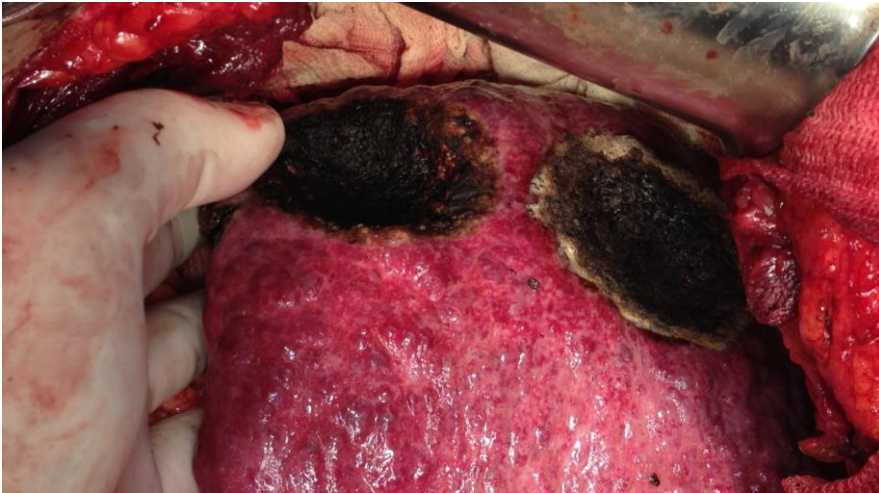


Figura 3: Fígado com cirrose micronodular e sítios de ressecção.

Figura 4: Espécime cirúrgica.