

ABORDAGEM DO HEPATOCARCINOMA EM PACIENTE PORTADOR DE HEPATITE CRÔNICA E CIRROSE HEPÁTICA POR VÍRUS B

Arthur Araujo da Silva Pinheiro ¹

Antonio Junior de Sousa ²

Rafael Bittencourt de Oliveira ³

Henrique Castellana Prochmann ⁴

Pietro Nunes Rinelli ⁵

Diego Rossi Kleinubing ⁶

Resumo:

O câncer de fígado, subdividido em primário e secundário, ou metastático, é uma das neoplasias mais prevalentes em todo o mundo, com taxa de incidência de 700.000 novos casos por ano e 600.000 mortes/ano. O risco é maior no sexo masculino, 1/81, do que em mulheres, 1/196. Clinicamente, manifesta-se através de dor abdominal, massa palpável no abdome, distensão abdominal, falta de apetite e mal-estar geral. Os exames laboratoriais relacionados são os marcadores tumorais como o antígeno carcinoembrionário (CEA) e alfafetoproteína (AFP). A Tomografia Computadorizada (TC) e a Ressonância Magnética Nuclear (RMN) são os exames de imagem que reforçam a suspeita diagnóstica e permitem o planejamento cirúrgico com segurança. O diagnóstico definitivo é estabelecido pelo exame histopatológico. Dado a incidência e importância deste tipo de neoplasia a nível global, o relato de caso apresentado a seguir tem como objetivo informar sobre o assunto, assim como apresentar a abordagem terapêutica adotada. A paciente M.N.C., sexo feminino, 78 anos, procurou atendimento médico com quadro clínico de dor em hipocôndrio direito, astenia, inapetência e perda ponderal, não quantificada, com aproximadamente 40 dias de evolução, quando foi encaminhada ao Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana. Fisicamente apresentava-se em bom estado geral, corada e anictérica. Foi realizado exame de ultrassonografia abdominal, no qual identificaram-se sinais de hepatopatia crônica, caracterizados por aumento difuso da ecogenicidade do parênquima hepático e bordos serrilhados, sugerindo cirrose hepática em decorrência do vírus da hepatite B, além de uma massa sólida em lobo hepático direito medindo 12 cm no seu maior eixo. Na tomografia computadorizada de abdome evidenciou-se uma lesão expansiva ocupando os segmentos hepáticos V, VI, VII e VIII. Após o diagnóstico de neoplasia primária do fígado, a paciente recebeu indicação de conduta cirúrgica como tratamento. Então, realizou-se hepatectomia direita com ressecção dos segmentos hepáticos V, VI, VII e VIII, que incluíam a lesão, com margem de segurança adequada. No período pós-operatório, internada na UTI, evoluiu com pequenas intercorrências responsivas às intervenções aplicadas pela equipe médica. O hepatocarcinoma ou carcinoma hepatocelular (CHC), câncer derivado dos hepatócitos, principais células do fígado, é uma das neoplasias mais frequentes no mundo. Assim como os demais cânceres, ocorre quando algum gene celular é alterado, sofrendo mutação, fazendo-a se multiplicar desordenadamente. No país, quase a totalidade dos casos está relacionada à cirrose hepática derivada da infecção crônica por vírus B, vírus C, ou ao consumo de álcool. Em seu estado inicial há alta possibilidade de cura através do procedimento cirúrgico para a ressecção total do tumor. A cirurgia curativa confere o melhor prognóstico entre as opções terapêuticas, com uma taxa de cura que varia entre 40% e 50%, mas apenas uma baixa porcentagem, em torno de 15% dos pacientes, apresentam condições clínicas para tal. Desse modo, este caso demonstra o CHC como uma patologia silenciosa de possível complicação na história da infecção crônica do VHB, na qual mesmo um diagnóstico tardio pode ter bom prognóstico quando o tratamento cirúrgico é indicado.

Palavras-chave: hepatocarcinoma, hepatite, cirrose, cirurgia, vírus, neoplasia, diagnóstico, tumor, carcinoma, hepatocelular, prognóstico

Modalidade de Participação: Iniciação Científica

ABORDAGEM DO HEPATOCARCINOMA EM PACIENTE PORTADOR DE HEPATITE CRÔNICA E CIRROSE HEPÁTICA POR VÍRUS B

¹ Aluno de graduação. arthurpinheiro239@gmail.com. Autor principal

² Aluno de graduação. junior.med.unipampa@gmail.com. Co-autor

³ Aluno de graduação. rafaelbitto@gmail.com. Co-autor

⁴ Aluno de graduação. cottonx@gmail.com. Co-autor

⁵ Aluno de graduação. pietro.nrinelli@gmail.com. Co-autor

⁶ Docente. clinicaendosurg@gmail.com. Orientador



ABORDAGEM DO HEPATOCARCINOMA EM PACIENTE PORTADOR DE HEPATITE CRÔNICA E CIRROSE HEPÁTICA POR VÍRUS B

1. INTRODUÇÃO

O câncer de fígado, subdividido em primário e secundário, ou metastático, é uma das neoplasias mais prevalentes em todo o mundo, com taxa de incidência de 700.000 novos casos por ano e 600.000 mortes/ano (GOMES et al., 2013). Apesar deste contexto, segundo o Instituto Nacional do Câncer – INCA (BRASIL, 2017), no Brasil ele não está entre os 10 mais incidentes. O risco é maior no sexo masculino, 1/81, do que em mulheres, 1/196.

Clinicamente, manifesta-se através de dor abdominal, massa palpável no abdome, distensão abdominal, falta de apetite e mal-estar geral. Os exames laboratoriais relacionados são os marcadores tumorais como o antígeno carcinoembrionário (CEA) para os tumores metastáticos e alfafetoproteína (AFP) para os tumores primários, no entanto, AFP não é indicada isoladamente como diagnóstica (BRASIL, 2013). A Tomografia Computadorizada (TC) e a Ressonância Magnética Nuclear (RMN) são os exames de imagem que reforçam a suspeita diagnóstica e permitem o planejamento cirúrgico com segurança. O diagnóstico definitivo é estabelecido pelo exame histopatológico.

Dado a incidência e importância deste tipo de neoplasia a nível global, o relato de caso apresentado a seguir tem como objetivo informar sobre o assunto, assim como apresentar a abordagem terapêutica adotada.

2. METODOLOGIA

O presente relato de caso refere-se a uma paciente internada no Serviço de Oncologia do Hospital Santa Casa da Caridade de Uruguaiana/RS, no mês de julho de 2017, sob os cuidados do médico-cirurgião professor do Curso de Medicina da Universidade Federal do Pampa acompanhado por alunos da Liga Acadêmica de Clínica Cirúrgica (LACC) desta instituição.

3. RELATO DE CASO

Paciente M.N.C., sexo feminino, 78 anos, branca, viúva, aposentada, procedente de Alegrete/RS, procurou atendimento médico com quadro clínico de dor em hipocôndrio direito, astenia, inapetência e perda ponderal, não quantificada, com aproximadamente 40 dias de evolução, quando foi encaminhada ao Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana. Possui diagnóstico prévio de Hepatite B. Negou tabagismo, etilismo e doenças prévias.

Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, corada e anictérica. Foi realizado exame de ultrassonografia abdominal, no qual identificaram-se sinais de hepatopatia crônica, caracterizados por aumento difuso da ecogenicidade do parênquima hepático e bordos serrilhados, sugerindo cirrose hepática em decorrência do vírus da hepatite B, além de uma massa sólida em lobo hepático direito medindo 12 cm no seu maior eixo. Na tomografia computadorizada de abdome evidenciou-se uma lesão expansiva ocupando os segmentos hepáticos V, VI, VII e VIII.

Após o diagnóstico de neoplasia primária do fígado, a paciente recebeu indicação de conduta cirúrgica como tratamento. Então, realizou-se hepatectomia

direita com ressecção dos segmentos hepáticos V, VI, VII e VIII, que incluíam a lesão, com margem de segurança adequada (Figura 1). O procedimento durou 3h30min e ocorreu sem intercorrências, com perda sanguínea de cerca de 180 a 200mL, não havendo necessidade de transfusão. No período pós-operatório, a paciente foi internada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por 36 horas, onde apresentou elevação dos níveis séricos de creatinina e ureia, respondendo às medidas adotadas (hidratação e uso de diuréticos), obtendo alta para a enfermaria e evoluindo com ascite e edema de membros inferiores, com resposta completa ao emprego de diuréticos, obtendo alta hospitalar no 6º dia pós-operatório.

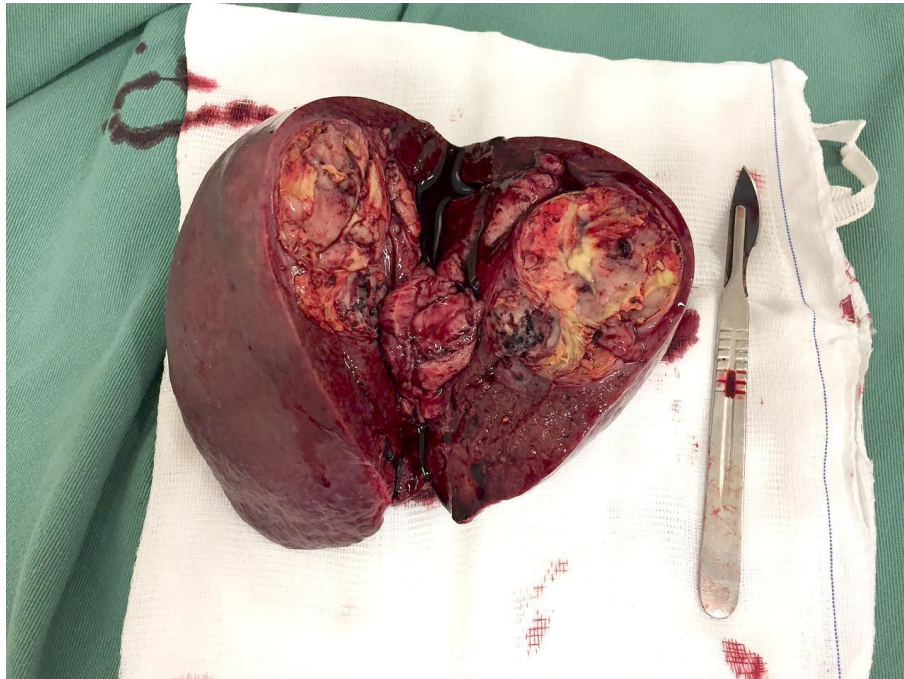


Figura 1: CHC removido juntamente com os segmentos hepáticos V, VI, VII e VIII.

No 3º mês de pós-operatório a paciente segue mantendo o uso de espironolactona, 100 mg pela manhã e 50 mg à noite.

4. DISCUSSÃO

O hepatocarcinoma ou carcinoma hepatocelular (CHC), câncer derivado dos hepatócitos, principais células do fígado, é uma das neoplasias mais frequentes no mundo. Assim como os demais cânceres, ocorre quando algum gene celular é alterado, sofrendo mutação, fazendo-a se multiplicar desordenadamente. A mutação celular, nesse caso, pode ocorrer por influência externa, através do vírus da hepatite B (VHB), ou C (VHC), ou pelo excesso de multiplicações das células (GOMES et al., 2005). No país, quase a totalidade dos casos está relacionada à cirrose hepática derivada da infecção crônica por vírus B, vírus C, ou ao consumo de álcool (GONÇALVES, PEREIRA, GAYOTTO, 1997; CARRILHO et al., 2013).

De acordo com Bruix e Sherman (2005), os sintomas do hepatocarcinoma não são específicos e quando encontrados geralmente indicam estágio avançado da doença. Pode manifestar-se através de dor abdominal (entre 40% e 60%), indicando peritonite bacteriana espontânea, tumoração palpável no abdome à direita (23%), distensão abdominal (45%), falta de apetite (45%), icterícia (16%), ascite (26%),

emagrecimento (29%), mal-estar geral (60%), sinais de encefalopatia hepática – desde sonolência até o coma – e hemorragia digestiva (7%).

Em seu estado inicial há alta possibilidade de cura através do procedimento cirúrgico para a ressecção total do tumor. O transplante hepático também pode ser utilizado em alguns pacientes com o objetivo de cura. Nos casos em que há a impossibilidade de remoção cirúrgica ou comorbidades limitantes, o tratamento pode ser realizado através de procedimentos como embolização da artéria hepática, quimioterapia sistêmica ou regional e crioterapia, ou radioablação (LLOVET, FUSTER, BRUIX, 2004; SALHAB, CANELO, 2011).

Outra opção terapêutica seria o transplante hepático de doadores cadáveres ou intervivos (GORDON-WEEKS et al., 2011; CLAVIEN et al., 2012), principalmente para pacientes com pequenos tumores sem presença de invasão vascular e inexistência de neoplasia extra-hepática (MAZZAFERRO et al., 2011).

A cirurgia curativa confere o melhor prognóstico entre as opções terapêuticas, com uma taxa de cura que varia entre 40% e 50%, mas apenas uma baixa porcentagem, em torno de 15% dos pacientes, apresentam condições clínicas para tal (ZHOU et al., 2011).

O estado clínico do doente e a quantidade do parênquima hepático restante (que deve ser em torno de 10% do peso corporal) são fatores imprescindíveis para a eficácia e segurança na ressecção hepática, mesmo com tumores com diâmetro acima de 10 centímetros e com casos de recorrência da doença (ZHOU, 2010; YAMASHITA, 2011; XIE, 2011).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, este caso demonstra o CHC como uma patologia silenciosa de possível complicação na história da infecção crônica do VHB, na qual mesmo um diagnóstico tardio pode ter bom prognóstico quando o tratamento cirúrgico é indicado.

6. REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer de Fígado. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde, INCA; 2017 [acesso em 21 jul 2017]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=330
- BRASIL. Portaria nº 602, de 26 de junho de 2012. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do câncer de fígado no adulto. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 11 março 2013.
- BRUIX, J.; SHERMAN, M. Management of Hepatocellular Carcinoma. American Association for the study of liver diseases, v. 42, n. 5, p. 1208-1236, 2005.
- CARRILHO F.J. et al. Clinical and epidemiological aspects of hepatocellular carcinoma in Brazil. Clinics (São Paulo), v. 65, n. 12, p. 1285-1290, 2010.
- CLAVIEN P.A. et al. Recommendations for liver transplantation for hepatocellular carcinoma: an international consensus conference report. Lancet Oncol, v. 13, n. 1, p. e11-22, 2012.
- GOMES, M. A. et al. Carcinoma hepatocelular: epidemiologia, biologia, diagnóstico e terapias. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 59, n. 5, p. 514-524, 2013.

GONÇALVES C. S.; PEREIRA F.E.; GAYOTTO L.C. Hepatocellular carcinoma in Brazil: report of a national survey (Florianopolis, SC, 1995). *Rev Inst Med Trop São Paulo*, v. 39, n. 3, p. 165-170, 1997.

GORDON-WEEKS A.N. et al. Systematic review of outcome of downstaging hepatocellular cancer before liver transplantation in patients outside the Milan criteria. *Br J Surg*, v. 98, n. 9, p. 1201-1208, 2011.

LLOVET J.M.; FUSTER J.; BRUIX J. The Barcelona approach: diagnosis, staging, and treatment of hepatocellular carcinoma. *Liver Transplantation*, v. 10, n. 2, p. S115-120, 2004.

MAZZAFERRO V. et al. Milan criteria in liver transplantation for hepatocellular carcinoma: an evidence-based analysis of 15 years of experience. *Liver Transplantation*, v. 17, n. 2, p.S44-57, 2011.

SALHAB M.; CANELO R. An overview of evidence-based management of hepatocellular carcinoma: a meta-analysis. *J Cancer Res Ther*, v. 7, n. 4, p. 463-475, 2011.

XIE L. et al. Diagnostic value of contrast-enhanced ultrasound, computed tomography and magnetic resonance imaging for focal liver lesions: a meta-analysis. *Ultrasound Med Biol*, v. 37, n. 6, p. 854-861, 2011.

YAMASHITA Y. et al. Outcomes of hepatic resection for huge hepatocellular carcinoma (≥ 10 cm in diameter). *J Surg Oncol*, v. 104, n. 3, p. 292-298, 2011.

ZHOU Y. et al. Repeat hepatectomy for recurrent hepatocellular carcinoma: a local experience and a systematic review. *World J Surg Oncol*, v. 8, p. 55, 2010.

ZHOU Y.M. et al. Safety and efficacy of partial hepatectomy for huge (≥ 10 cm) hepatocellular carcinoma: a systematic review. *Med Sci Monit*, v. 17, n. 3, p. RA76-83, 2011.