

# HEMOPERITONEU COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE CARCINOMA HEPATO CELULAR

## Contributo da Tomografia Computorizada para o Diagnóstico

CRISTINA RIBEIRO DA FONSECA, FERNANDA PAIXÃO DUARTE

Serviço de Imagiologia. Serviço 2 de Medicina. Hospital de Santo António dos Capuchos. Lisboa.

### RESUMO

Nos países europeus, o hemoperitoneu por ruptura de carcinoma hepatocelular (HCC) é muito raro. Apresentam-se dois casos clínicos de hemoperitoneu secundário a ruptura espontânea de carcinoma hepatocelular, em que a Tomografia Computorizada (TC) abdominal, foi de primordial importância para o diagnóstico. A propósito faz-se revisão da literatura sobre os aspectos mais relevantes desta patologia.

### SUMMARY

#### Intraperitoneal Hemorrhage Due to Spontaneous Ruptured Hepato-Cellular Carcinoma CT Diagnosis

Haemoperitoneum following rupture of hepatocellular carcinoma (HCC) is unusual. Two patients with secondary massive intraperitoneal haemorrhage due to spontaneous rupture of HCC diagnosed by Computed Tomography (TC) are discussed. The most important clinical and imagiological features of this pathology are presented.

### INTRODUÇÃO

O carcinoma hepatocelular é um tumor raro na Europa, representando cerca de 1-2.5% dos tumores observados<sup>1,2</sup>. Na Ásia e na África do Sul a incidência é mais elevada, podendo constituir 15% dos tumores, sendo a patologia oncológica dominante em Taiwan<sup>1,3</sup>.

O hemoperitoneu como consequência de ruptura espontânea de hepatocarcinoma é uma raridade entre os europeus e americanos (cerca de 1-5%); sendo nos asiáticos e africanos bastante mais frequente (12-14.5%), desconhecendo-se no entanto os factores que intervêm nesta diferença<sup>2-4,6,7</sup>. Constitui, habitualmente uma situação crítica e de urgência por desencadear choque hipovolémico.

Neste trabalho descrevem-se dois casos clínicos em que o hemoperitoneu foi a forma de apresentação de carcinoma hepatocelular, diagnosticado por Tomografia Computorizada abdominal.

#### Caso Clínico nº1

Doente do sexo masculino, de 53 anos de idade, raça eurocaucasiana, com ingesta alcoólica marcada, sem outros antecedentes patológicos conhecidos, foi internado pelo Serviço de Urgência do Hospital de Santo António dos Capuchos por astenia, ascite, hepatomegália e edema dos membros inferiores, que tinham surgido cerca de duas semanas antes do internamento. Posteriormente,

surgiu sufusão hemorrágica ao longo dos quadrantes esquerdos do abdómen.

À entrada estava hemodinamicamente estável e laboratorialmente apresentava: Hg-12,1g/dl, com 37,4% de hematócrito, leucocitose de 15.200 com 87,1% de neutrófilos, plaquetas 190 000. O tempo de protrombina era de 65% com I N R de 1,5, SGOT 57 U/L, SGPT 45 U/L, fosfatase alcalina 223 U/L, GT Transpeptidase 144, amilásia normal, proteínas totais de 7,9 g/dl e albuminemia de 2,8 g/dl.

Esteve clinicamente estável e poucos dias depois refere súbitamente dores abdominais intensas localizadas ao hipocôndrio direito que rapidamente se propagam a todo o abdómen, associando-se choque hipovolémico (hipotensão arterial, taquicardia, sudação profusa, extremidades frias, palidez acentuada da pele e mucosas). As análises efectuadas de urgência apresentavam os seguintes valores : Hg 6,4g/dl, com hematócrito de 20,4%, leucocitose 49.800, tempo de protrombina de 38% com INR de 2,13, SGOT 108U/L e SGPT 60U/L.

Perante esta situação fez-se T.C. abdominal de urgência que evidenciou extenso hemoperitoneu, adjacente a nódulo hepático no lobo esquerdo, segmento IV, com cerca de 5 cm de diâmetro, limites relativamente bem definidos, arredondado, fazendo protusão no contorno hepático, com valores de atenuação sólidos, captando de forma hipodensa o contraste endo-venoso. Estes aspectos são sugestivos de tumor hepático como provável ponto de partida do hemoperitoneu (Figuras 1 e 2). Revelou ainda pequena colecção hemática entre os músculos da parede abdominal à esquerda.

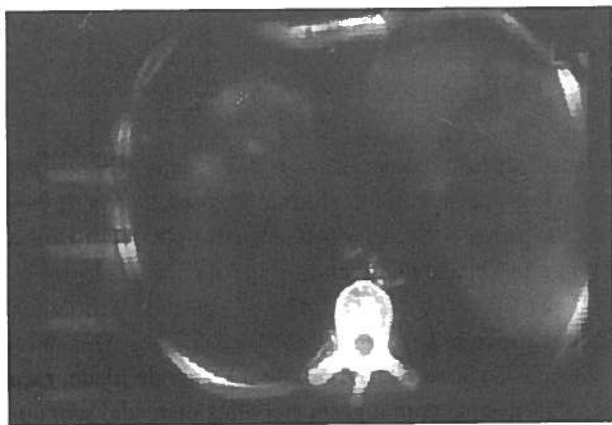


Fig. 1 - T C sem contraste: colecção intraperitoneal com zonas espontaneamente hiperdensas na periferia do tumor.

O doente foi submetido a laparotomia de urgência que confirmou a presença de hemoperitoneu de 3,5 litros e tumor hepático de cerca de 4,5 cm de diâmetro, localizado na transição dos segmentos IV, cirrose hepática

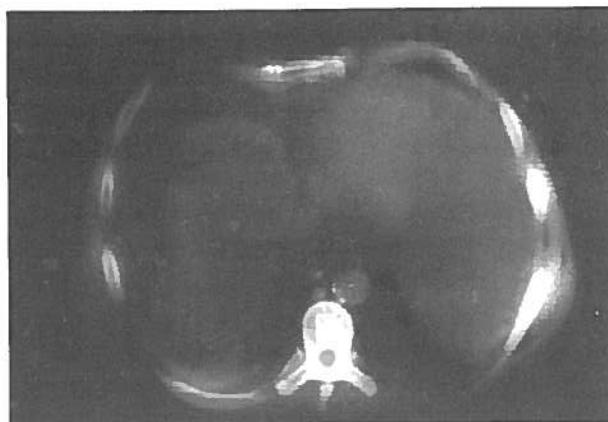


Fig. 2 - T C com contraste: nódulo sub-capsular no segmento IV, hipocaptante.

macronodular e infiltrado equimótico da goteira cólica esquerda. Foi feita ressecção do tumor hepático. Todos os fragmentos enviados para exame anato patológico eram constituídos por hepatocarcinoma de tipo trabecular, com áreas hemorrágicas e necróticas.

O doente veio a falecer no pós operatório, algumas horas depois da intervenção cirúrgica.

#### Caso Clínico nº2

Doente do sexo masculino, 62 anos de idade, raça branca internado pelo Serviço de Urgência do Hospital de Santo António dos Capuchos por quadro súbito de epigastralgias, sudação, tonturas e sensação de lipotímia. Não apresentava precordialgia e negava perdas hemáticas visíveis, bem como qualquer outra sintomatologia. Nos antecedentes pessoais salientava-se hipertensão arterial controlada com indapamida e apresentava marcadores imunológicos positivos para a hepatite B.

O exame clínico mostrava sinais de má perfusão periférica, com hipotensão arterial e taquicardia. A palpação abdominal era ligeiramente dolorosa nos quadrantes superiores e não apresentava reacção peritoneal. Não apresentava estigmas de doença hepática crónica.

A avaliação laboratorial inicial foi normal. Os electrocardiogramas seriados não evidenciaram isquémia aguda do miocárdio e as radiografias do torax e do abdómen eram normais.

Posteriormente, constatou-se diminuição progressiva dos valores de hemoglobina, sem evidência de perdas hemáticas, admitindo-se nessa altura a hipótese diagnóstica de hemorragia intra ou retro-peritoneal. Laboratorialmente verificou-se então aumento da velocidade de sedimentação (70 mm na 1ª hora) e aumento do valor de  $\alpha$ -fetoproteína de 150 ng/ml. Realizou-se tomografia computadorizada torácica-abdomino-pélvica que revelou colecção hemática peri-hepática e peri-esplénica associada a extensa lesão

ocupando espaço, mal delimitada, com cerca de 6,7 cm de diâmetro, hipodensa heterogênea e hipocaptante no lobo esquerdo do fígado, segmentos II e III, como provável origem do hemoperitoneu (Figuras 3 e 4).

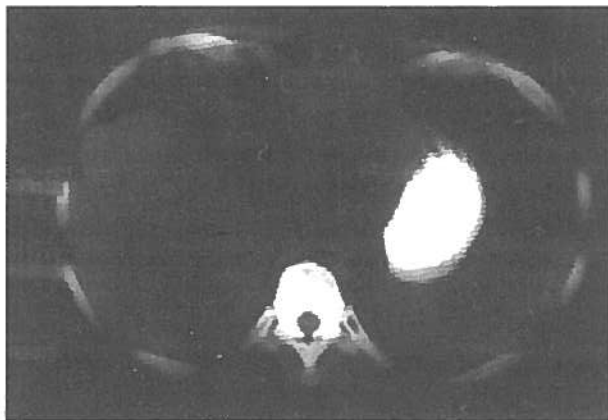


Fig. 3 - TC sem contraste: coleção hemática peri-hepática esquerda e ascite peri-esplênica de baixa densidade.

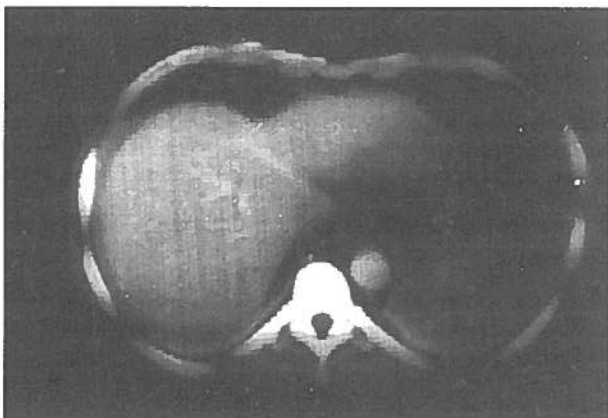


Fig. 4 - TC com contraste: nódulo dos segmentos II e III captando contraste de forma heterogênea.

Submetido a laparotomia de urgência, confirmou-se a existência das referidas coleções hemáticas por ruptura de duas lesões respectivamente nos segmentos II e III do fígado, que foram excisadas. A histologia revelou carcinoma hepatocelular bem diferenciado, de padrão predominantemente trabecular, em fígado não cirrótico.

## DISCUSSÃO

Poucos têm sido os trabalhos publicados sobre ruptura espontânea do carcinoma hepatocelular. O primeiro estudo importante consagrado a esta matéria é feito por Ong et al em 1965 onde descrevem a sua experiência a propósito de 20 casos clínicos observados em Hong Kong<sup>5</sup>.

A complicação mais grave e muitas vezes fatal do hepatocarcinoma é a ruptura espontânea com hemoperitoneu, ocorrendo na Europa apenas em 1-5% dos casos<sup>2,6</sup>.

A doença hepática crônica, independentemente da sua etiologia (alcoólica, metabólica, viral ou idiopática) predispõe ao aparecimento deste tipo de carcinoma, podendo nestes casos a sintomatologia ser facilmente confundida e atribuída ao agravamento da doença hepática já previamente conhecida. O carcinoma hepatocelular sobrevem em fígado cirrótico com incidências diferentes consoante os países; nos orientais em cerca de 80-93%, surgindo em 2/3 destes casos em cirrose pós hepatite, enquanto nos ocidentais, é mais raro, observando-se tanto em fígado são, como em fígado cirrótico alcoólico, ou mesmo sobre hemocromatose<sup>6</sup>.

A associação de cirrose e hepatocarcinoma não complicado é de 65% enquanto que nos casos de ruptura é de 93%, sendo esta, uma complicação tardia<sup>7</sup>.

Constituem factores agravantes e importantes na fisiopatologia da ruptura do hepatocarcinoma a necrose e a hemorragia intra tumorais com obstrução da drenagem venosa, a compressão das veias supra-hepáticas pelo tumor assim como a hipertensão portal que poderá estar agravada pela presença de trombose portal<sup>2</sup>. A ruptura pode ocorrer mais facilmente se o bloqueio do sistema porta se efectuar antes da circulação colateral que drena para as veias supra-hepáticas e é tanto mais previsível quanto a lesão for mais periférica, protusante e se estender por vários segmentos hepáticos<sup>2</sup>.

As manifestações clínicas do hepatocarcinoma são em 40-65% dos casos hepatomegália, febre e dor abdominal<sup>4</sup>. Em caso de ruptura, a dor é o sintoma de apresentação mais frequente, inicialmente localizada ao hipocôndrio direito e generalizando-se depois ao abdômen. O início é habitualmente súbito, mas pode ser precedido 2-3 semanas por discreta epigastralgia. A presença de choque é quase uma constante nestes casos, assim como a defesa abdominal. Quadros atípicos podem evocar uma peritonite (5%)<sup>4,5,7,8</sup>.

Esta situação põe problemas de diagnóstico e de terapêutica, em que o contexto de urgência nem sempre permite contemplar os vários passos a percorrer para um diagnóstico etiológico.

Os métodos de imagem que permitem o diagnóstico desta situação clínica são a ecografia abdominal e a tomografia computadorizada do abdômen. A ecografia demonstra a presença de líquido não puro na cavidade peritoneal, bem como a existência de tumor intra-hepático e permite ainda a realização de paracentese diagnóstica guiada<sup>9,10</sup>. A tomografia computadorizada é a técnica de eleição para o diagnóstico de ruptura do carcinoma hepatocelular ao revelar a existência de tumor hepático e líquido intra-peritoneal com áreas hiperdensas que cor-

respondem a sangue. Devido ao alto conteúdo proteico, a hemorragia intra-peritoneal aguda, tem valores de atenuação maiores que 30 U. H. nos doentes que realizam Tomografia Computorizada nas primeiras 48 horas, podendo mesmo os coágulos sanguíneos terem valores ainda mais altos. Estes aspectos são mais evidentes na área adjacente ao tumor intra-hepático, sugerindo ser este a origem da hemorragia e possibilitando a exclusão de outras patologias<sup>6,8,9,11-13</sup>. Salienta-se, que ao contrário de outras áreas do corpo, onde a lise do sangue e as respectivas alterações de densidade visíveis na T. C., demoram um período de dias ou semanas, no peritoneu, ocorrem muito mais rapidamente, devido à intensa actividade fibrinolítica, sendo apenas visualizadas quando a hemorragia é recente ou muito rápida<sup>14</sup>.

Os casos clínicos descritos demonstram o valor da Tomografia Computorizada no diagnóstico de hemorragia intra-abdominal (hemoperitoneu) e da neoplasia do fígado que lhe estava associada.

O padrão histológico mais frequente é o trabecular, segundo um estudo publicado em 1991 pelo Grupo de Estudos de Neoplasia do Fígado no Japão, tal como aconteceu nos casos clínicos apresentados<sup>15</sup>.

O prognóstico é reservado, sendo factores determinantes a presença de cirrose hepática subjacente, a extensão do tumor, a demora no diagnóstico, o grau de hemorragia, o estado geral do doente e a terapêutica efectuada<sup>2,3</sup>.

Toda a revisão da literatura confirma a severidade da ruptura do hepatocarcinoma com hemoperitoneu, que obriga frequentemente a cirurgia de urgência com mortalidade elevada (50%)<sup>6</sup>.

Das várias terapêuticas utilizadas é a hepatectomia de urgência advogada por Ong e mais recentemente a embolização da artéria hepática ou a quimioembolização seguida ou não de cirurgia, que possibilitam maiores taxas de sobrevida. A quimioembolização ou a embolização podem ser assim uma terapêutica alternativa eficaz à cirurgia, nos casos em que a bilirrubinémia é inferior a 3 mg/dl, independentemente de poder estar presente trombose tumoral da veia porta. Estas técnicas, quando pos-

síveis de realizar, apresentam melhores resultados, com sobrevida que chega a 15 meses, podendo estes doentes atingir prognóstico semelhante a doentes com hepatocarcinoma não complicado de ruptura espontânea<sup>2,3,9</sup>.

## BIBLIOGRAFIA

1. TH. CIUBA: Diagnostic urgent: hémopéritoine par rupture spontanée d'un hépatocarcinome sur foie cirrhotique. Chir. (Paris).1990; 127 (11):539-41.
2. M. ALONSO, G. REYES, M. J.GALERA, L. ALLENDE: Hémopéritoine secondaire à la rupture spontanée d'un hépatocarcinome. A propos de 8 cas. Chir. (Paris) 1991; 128 (3):130-132.
3. JAN-SING HSIEH, CHE-JEN HUANG, YU-SHENG HUANG, PAI-CHING SHEEN, TSUNG-JEN HUANG: Intraperitoneal hemorrhage due to spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma: treatment by hepatic artery embolization. AJR 1987; 149 (October): 715-17.
4. SAFI J, DOUTRE P A , HUSSER J M, IMBS J F: Hémopéritoine spontané par rupture d'un hépatocarcinome. J Chir. 1987; 124:409.
5. G B ONG, P H EUGENE, Y K YU FRANK, T C LEE: Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma. Brit J Surg 1965; 52 (2):123-29.
6. J C LE NÉEL, DE CERVENS, M COMY, B. DUPAS, E. LETESIER, E MIRALLIÉ: Les hépatocarcinome rompus. Rapport de 20 observations et revue de la littérature. Chirurgie, 1994-1995;120 (6-7): 380-384
7. ORAPAN CHEARANAI, UKRIST PLENGVANIT, CHOOKIAT ASAVANICH, DIREK DAMRONGSAK, KIJJA SINDHVANANDA, SASIPRAPA BOONYAPISIT: Spontaneous rupture of primary hepatoma: report of 63 cases with particular reference to the pathogenesis and rationale treatment by hepatic artery ligation. Cancer, 1983; 51:1532-6.
8. NAOFUMI NAGASUE, KIYOSHI INOKUCHI: Spontaneous and traumatic rupture of hepatoma. Br J Surg, 1979; 66: 248-50.
9. MASATOSHI OKASAKI, HIDEYUKI HIGASHIHARA, FUMITAKA KOGANEMARU et al: Intraperitoneal hemorrhage from hepatocellular carcinoma: emergency chemoembolization or embolization. Radiology, 1991; 180: 647-51.
10. TENBIEG W, HARJUNG H: Ecographie abdominale- Aspects normaux et pathologiques. Masson. 1993; 54-55, 322
11. F. POMBO, L ARROJO, J. PEREZ-FONTAN: Haemoperitoneum secondary to spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma: C T diagnosis. Clin Radiol, 1991; 43: 321-322.
12. BURGNER FRANCIS, KORMANO MARTTI: Differential diagnosis in computed tomography. 1996 :314-5
13. MOSS ALBERT, GAMSU, GENANT: Computed tomography of the body. Saunders. 1992; (3) 1148-52.
14. HAAGA JONH, LANZIERI C, SARTORIS D, ZERHOUMI E: Computed tomography and magnetic resonance imaging of the whole body. Mosby vol II 1994; 1122-23.
15. The Liver Cancer Study Group of Japan. Primary liver cancer in Japan. Clinicopathology features and results of surgical treatment. Ann Surg. 1991; March:277-287.