

Carcinoma hepatocelular exofítico con debut hemorrágico: retos terapéuticos

Ana Díaz-Granados¹, Pablo Dabán-López¹, Benito Mirón-Pozo¹

Exophytic hepatocellular carcinoma with hemorrhagic debut: therapeutic challenges

Objective: Clinical case analysis of exophytic hepatocellular carcinoma (HCC) with hemorrhagic onset, its characteristics and the peculiarities of its clinical management. **Material and Methods:** A 50-year-old male patient presenting with spontaneous haemoperitoneum managed conservatively. Following completion of the study, he was diagnosed with non-cirrhotic HCC with HBV/HDV superinfection classified as BCLC stage 0/A. **Results:** Hepatic subsegmentectomy of segments VI and VII was performed. He had a torpid postoperative course with peritoneal carcinomatosis and hepatic dissemination diagnosis one month after surgery. **Discussion:** Exophytic HCC does not have a standardised definition. Its surgical management and interventional treatment options may require specific adaptations of the BCLC algorithm. Exophytic lesions present an increased risk of spontaneous rupture. Further study is needed to provide an effective multidisciplinary approach.

Keywords: hepatocellular carcinoma; hemoperitoneum; hepatocellular carcinoma metastasis; peritoneal carcinomatosis.

Resumen

Objetivo: Análisis a partir de un caso clínico de carcinoma hepatocelular (CHC) exofítico con debut hemorrágico, de las características de este y las peculiaridades de su manejo clínico. **Material y Métodos:** Paciente varón de 50 años que debuta con cuadro de hemoperitoneo espontáneo tratado de forma conservadora. Tras completar el estudio es diagnosticado de CHC sobre hígado no cirrótico con sobreinfección viral VHB/VHD catalogado como estadio 0/A de la *Barcelona Clinic Liver Cancer* (BCLC). **Resultados:** Se realiza subsegmentectomía del segmento VI y VII. Presenta postoperatorio tórpido con diagnóstico de carcinomatosis peritoneal y diseminación hepática al mes de la cirugía. **Discusión:** El CHC exofítico no dispone de una definición estandarizada. Su manejo quirúrgico y opciones de tratamiento intervencionista pueden precisar de adaptaciones específicas del algoritmo BCLC. Las lesiones exofíticas presentan un riesgo aumentado de rotura espontánea. Es necesario profundizar en su estudio para aportar un abordaje multidisciplinar efectivo.

Palabras clave: carcinoma hepatocelular; hemoperitoneo; metástasis hepatocarcinoma; carcinomatosis peritoneal.

Introducción

El carcinoma hepatocelular (CHC) representa el primer cáncer hepático primario (90%) y es la tercera causa de muerte por cáncer en el mundo. El manejo de este se basa en un enfoque multidisciplinar (cirugía, radiología intervencionista, oncología...) con la elección terapéutica deter-

minada por el estadio BCLC, la función hepática (Child-Pugh), el estado general y las comorbilidades del paciente; que abarca desde alternativas loco-regionales, sistémicas y quirúrgicas hasta el trasplante hepático¹.

El CHC exofítico presenta una incidencia aproximada del 0,2 al 4,2 %². Su definición no se encuentra estandarizada en la comunidad científica, siendo

¹Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada, España.

Recibido el 2025-08-28 y aceptado para publicación el 2025-10-14

Correspondencia a:

Dra. Ana Díaz Granados
anadiaz2295@gmail.com

E-ISSN 2452-4549



catalogado por algunos autores como el CHC con 50% o más de su volumen localizado fuera de la línea tangente a la cápsula hepática³.

El CHC suele metastatizar a través de diseminación hematológica, diseminación linfática e invasión directa. Entre el 2 % y el 15 % cursan con carcinomatosis peritoneal⁴.

Paciente y Método

Paciente varón de 50 años, que debuta con malestar general y dolor en flanco derecho. Es diagnosticado mediante una tomografía computarizada urgente de hemoperitoneo secundario a una lesión subcapsular hepática mal delimitada de unos 25 mm de diámetro (Figura 1). El diagnóstico diferencial de la lesión incluye hematoma vs lesión sólida. Ingresa con manejo conservador al no presentar signos de sangrado activo y para completar el estudio.

Las pruebas arrojan el diagnóstico preliminar de carcinoma hepatocelular (CHC) sobre hígado cirrótico (no conocido) con sobreinfección VHB/VHD y elevación de la alfa-fetoproteína (1077,0 ng/mL). La lesión ocupante de espacio localizada entre los segmentos VI-VII (Figura 2) se cataloga como LIRADS-V.

Presenta una puntuación en los scores de CHILD A6, MELD 9 y MELD-Na 9. Catalogado como estadio 0/A de la BCLC, se propone manejo quirúrgico inicial en Comité Multidisciplinar de Hepatocarcinoma.

Resultados

Se llevan a cabo las subsegmentectomías laparoscópicas de S-VI y S-VII, pero debido a la inestabilidad hemodinámica del paciente durante las maniobras de Pringle, la cirugía se convierte a laparotomía subcostal. Se observa un hígado cirrótico macronodular con una lesión exofítica pediculada (Figura 3) adherida al peritoneo parietal, que sobresale de la cápsula hepática más del 50% de su volumen.

Es dado de alta a los 5 días sin incidencias postoperatorias. La anatomía patológica informa de un CHC solitario pT1bpNx con márgenes libres, en contacto con una rama de la vena suprahepática derecha.

Al mes presenta un deterioro del estado general y acude al servicio de urgencias donde se diagnostica de un derrame pleural, carcinomatosis peritoneal con ascitis e infiltración difusa hepática por numerosas lesiones de nueva aparición (Figura 4). El paciente fallece a los 67 días de la intervención.

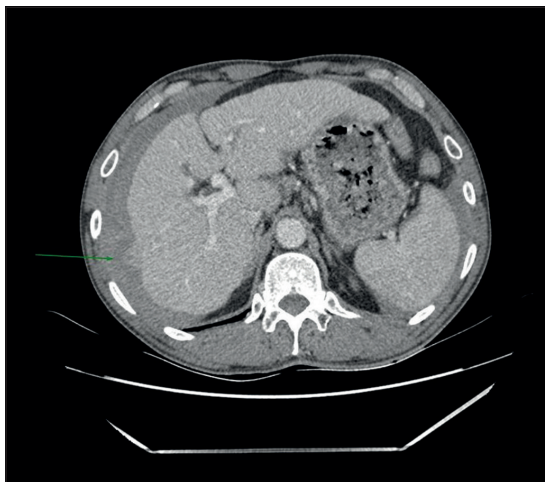


Figura 1. Tomografía computarizada con contraste intravenoso evidenciando hemoperitoneo y lesión exofítica.

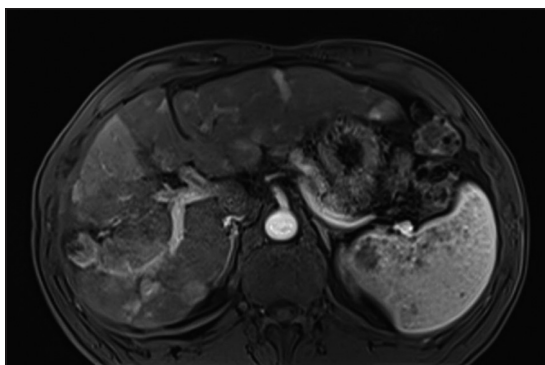


Figura 2. Resonancia magnética hepática dinámica ponderada en T1.

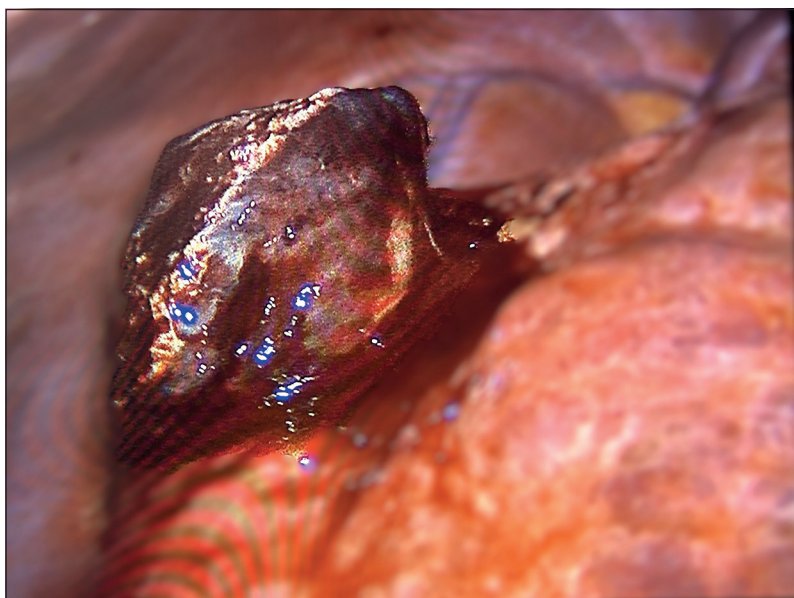


Figura 3. Visión laparoscópica de lesión exofítica sobre superficie hepática.

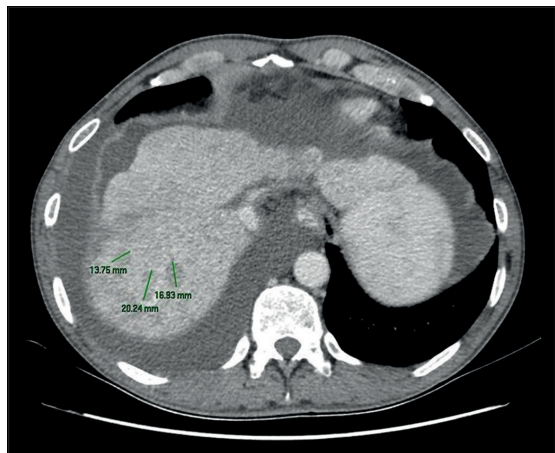


Figura 4. Tomografía computarizada con contraste intravenoso evidenciando infiltración hepática por varias lesiones y ascitis.

Discusión

El tratamiento del CHC en los estadios precoces 0 y A de la BCLC puede ser curativo con el uso de ablación por radiofrecuencia y microondas (nódulos únicos o ≤ 3 nódulos con ≤ 3 cm en paciente no candidato a trasplante), mediante resección quirúrgica (si lesión resecable en hígado no cirrótico; en hígado cirrótico con lesión única sin hipertensión portal clínicamente significativa, sin invasión macrovascular, con función hepática preservada y remanente hepático suficiente) o trasplante hepático (siguiendo los criterios de Milán). A los anteriores se añadiría el estadio intermedio B para la opción de trasplante hepático (criterios extendidos), estando indicadas la terapia loco-regional (TLR) y sistémica. Además de la ablación existen diversas TLR como la embolización transarterial que incluye la TACE (quimioembolización), DEB-TACE (con esferas cargadas) y TAE (embolización simple); la radioembolización (SIRT o TARE) y la radioterapia externa (SBRT). La TLR es útil, al igual que la terapia sistémica, para el *downstaging*, es decir, para la desescalada de estadio tumoral que permitiría recibir una terapia curativa. En estadio avanzado C o en progresión tras terapias loco-regionales, la terapia sistémica (con estándar de primera línea atezolizumab + bevacizumab, existiendo varias alternativas y ensayos clínicos en curso) sería la adecuada¹.

Los factores de riesgo para la progresión del CHC hacia carcinomatosis peritoneal son la rotura tumoral (como en este caso, una rotura espontánea de la lesión y hemorragia como debut diagnóstico), la siembra tras punción de biopsia y los procedi-

mientos de ablación percutánea. La función hepática basal y el control de la enfermedad intrahepática son factores determinantes en la evolución de estos pacientes⁴.

Se describe en torno a un 10-30% de pacientes que podrían presentar respuestas duraderas a la terapia sistémica e inmunoterapia en el carcinoma hepatocelular avanzado con enfermedad extrahepática, incluida la carcinomatosis peritoneal. En estos casos, el comportamiento biológico del tumor es determinante para la respuesta a estrategias de tratamiento agresivas como por ejemplo la cirugía citorrreductora con HIPEC⁴.

Las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva sobre los resultados de la resección hepática han sido demostradas en la mayoría de los aspectos y debe ser realizada siempre que sea factible, especialmente para tumores de localización anterolateral y superficial⁴. Sin embargo, parece existir controversia sobre el mejor abordaje quirúrgico de las lesiones exofíticas tras la última Reunión Anual de la *American Society of Clinical Oncology* de 2024⁵, donde se discutió la posibilidad de una mayor incidencia de metástasis tras la laparoscopia.

Estos hechos exponen la necesidad de profundizar en el análisis de los protocolos quirúrgicos de las lesiones exofíticas. Además, existen diversos estudios que sugieren adaptaciones de los tratamientos del algoritmo BCLC a este tipo de lesiones como la ablación térmica con microondas de entrada o innovaciones técnicas como la “ablación en cuña sin contacto”³.

Se plantea la necesidad de estandarizar la catalogación de las lesiones exofíticas. De hecho, en este paciente con un valor elevado de la alfa-fetoproteína, habiendo presentado una siembra peritoneal post rotura y una diseminación intrahepática, podría sospecharse una infraestadificación inicial.

Finalizando, la protrusión de más de 1 cm de la superficie hepática está considerada un factor de riesgo independiente para la rotura tumoral espontánea⁶. Dada su complejidad, el CHC exofítico aúna características que deben ser contempladas en su conjunto para lograr un tratamiento multidisciplinar efectivo.

Conclusión

El carcinoma hepatocelular es una neoplasia maligna con pronóstico multifactorial y supervivencia decreciente conforme al estadio avanzado al diagnóstico. Existen situaciones que pueden acelerar el proceso letal como la progresión metastásica y la

carcinomatosis. El estudio de los factores condicionantes, las características poco frecuentes –como la lesión exofítica– y sus opciones terapéuticas, son clave para la mejora del abordaje individualizado de estos pacientes.

declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Bibliografía

1. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatocellular carcinoma. *J Hepatol.* 2025;82:315-74. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2024.08.028>
2. Kim HJ, Lee DH, Lim JW, Ko YT, Kim KW. Exophytic Benign and Malignant Hepatic Tumors: CT Imaging Features. *Korean J Radiol.* 2008;9:67-75. doi: <https://doi.org/10.3348/kjr.2008.9.1.67>
3. Singhal S, Bhattar P, Shankar G, Khandelwal A, Bajail S-S. Imaging Classification of Exophytic HCC and Our Experience with Microwave Ablation of Type 2 Lesions. *Indian J Radiol Imaging.* 2025;35:17-24. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0044-1788574>. ISSN 0971-3026
4. Da Fonseca L-G, Leonardi P-C, Hashizume P-H, Sansone F, Saud L-R, Carrilho F-J, Herman P. A multidisciplinary approach to peritoneal metastasis from hepatocellular carcinoma: clinical features, management and outcomes. *Clin Exp Hepatol.* 2022;8(1):42-8. doi: <https://doi.org/10.5114/ceh.2022.114297>
5. Kongying L, Diao Y-K, Huang B, Lv G-Y, Wang X-M, Gu W-M, Chen Z et al. Laparoscopic versus open hepatectomy for exophytic hepatocellular carcinoma: A multicenter propensity-matched comparative study. *Journal of Clinical Oncology* 2024;42(16suppl). doi: https://doi.org/10.1200/JCO.2024.42.16_suppl.e16268
6. Xia F, Lai EC, Lau WY, Ma K, Li AJ, Wu MC, Han XJ, Cheng SQ. Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma: risk factors and outcomes. *Front Oncol.* 2022;12:848903. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fonc.2022.848903/full>