

Metástasis quísticas hepáticas: reporte de caso

Hepatic cystic metastases: case report

César Vargas-Alayza¹, César Castro Villalobos²

¹ Servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú.

² Unidad de Hígado, Servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú.

Recibido: 18/09/2021 - Aprobado: 13/09/2021

ORCID: César Vargas-Alayza: <https://orcid.org/0000-0002-7775-018X>, César Castro Villalobos: <https://orcid.org/0000-0001-9377-6200>

RESUMEN

En las lesiones quísticas hepáticas múltiples se debe excluir neoplasias metastásicas. Las lesiones metastásicas hepáticas suelen ser hipointensas en T1 e hiper-intensas en T2 en la resonancia magnética, hipovasculares, con septos en algunos casos. En un contexto de neoplasia del tracto gastrointestinal acompañado de lesiones quísticas hepáticas, es importante considerar metástasis.

Palabras clave: Metástasis de la neoplasia; Quiste hidatídico hepático; Carcinoma (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

In multiple cystic liver lesions, metastatic neoplasms should be excluded. Metastatic liver lesions are usually hypointense on T1 and hyperintense on T2 on magnetic resonance imaging, hypovascular, with septa in some cases. In a context of gastrointestinal tract neoplasia accompanied by cystic liver lesions, it is important to consider metastasis.

Keywords: Neoplasm metastasis; Hydatid cyst, hepatic; Carcinoma (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Las lesiones hepáticas quísticas son comúnmente halladas en la práctica diaria, con una incidencia cercana al 5-10% en la población en general, sin existir diferencias entre sexos⁽¹⁾. Pueden ser divididas en lesiones del desarrollo, inflamatorias, neoplásicas y relacionadas al trauma. Usualmente son cuadros asintomáticos; sin embargo, pueden producir complicaciones como hemorragia, infecciones, ruptura hacia cavidad peritoneal u obstrucción biliar, trombosis portal, entre otras⁽²⁾. Es preciso mencionar que el estudio para plantear su etiología y diagnóstico diferencial es en base a la resonancia magnética nuclear (RMN) y la tomografía axial computarizada (TAC)⁽³⁾ cystadenocarcinoma, hepatocellular carcinoma (HCC). Cuando son observadas, el diagnóstico más importante a excluir es la metástasis quística hepática. Con mayor frecuencia, surgen primariamente de órganos que pueden sembrar el hígado a través de la vena porta⁽⁴⁾. Adicionalmente, el cáncer de la región anal cuenta con una de las prevalencias más bajas de las neoplasias del tracto gastrointestinal, siendo rara su presentación⁽⁵⁾.

La metástasis hepática quística desde un carcinoma escamoso de canal anal es extremadamente rara. Presentamos un caso de metástasis quística hepática primario de carcinoma escamoso de canal anal.

CASO CLÍNICO

Mujer de 51 años, agricultora, procedente de área rural, fue admitida a hospitalización con historia de 10 semanas de dolor en hipocondrio derecho, masa abdominal palpable, distensión abdominal, pérdida de peso y acolia; negaba fiebre, ictericia y coluria. No existían antecedentes de consumo de alcohol, enfermedades de transmisión sexual y antecedentes familiares de enfermedades hepáticas. El examen físico destacaba una masa en hipocondrio derecho de 13 cm y ascitis; además de una masa palpable al tacto rectal. El estudio de líquido ascítico no mostró células neoplásicas. En la analítica, resaltaba marcador antígeno carcinoembrionario (CEA) incrementado y western blot negativo para *equinococcus granulosus* y *equinococcus multilocularis*. Asimismo, los exámenes serológicos para

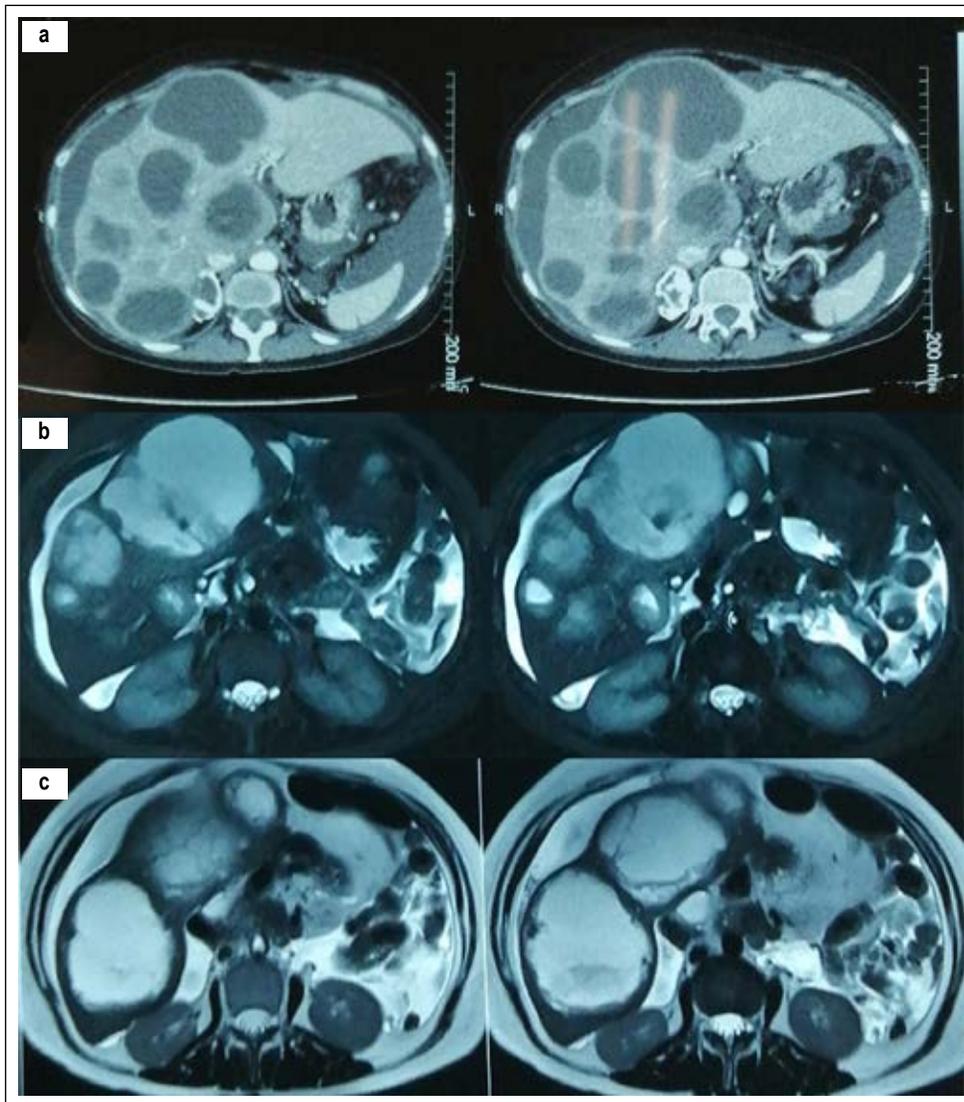


Figura 1. a) Tomografía axial computarizada sin contraste muestra lesiones hipodensas de contenido heterogéneo en parénquima hepático asociado a ascitis. b) Resonancia magnética en T1 muestra lesiones hipointensas en parénquima hepático. c) Resonancia magnética en T2 muestra lesiones hiperintensas en parénquima hepático.

hepatitis b o c y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) fueron negativos. Los estudios de imágenes por ecografía doppler, tomografía y resonancia magnética mostraron múltiples lesiones quísticas no captadoras de contraste en parénquima hepático de contenido heterogéneo de aspecto neofornativo con intensidad baja en T1 y alta en T2 (Figura 1). Asimismo, se realizó una colonoscopia en la cual se evidenció una lesión ulcerada que se extendía desde canal anal hasta 5 cm en el recto (Figura 2), de la cual se obtuvo una muestra para estudio histológico. La anatomía patológica fue compatible para carcinoma escamoso (Figura 3), por lo que fue diagnosticada de carcinoma primario de canal anal escamoso con metástasis quística hepática. Los estudios de extensión no mostraron metástasis a nivel pulmonar y lesiones a la evaluación ginecológica.



Figura 2. Canal anal: lesión ulcerada de bordes irregulares, elevados, friables en los contornos e indurado en su centro.

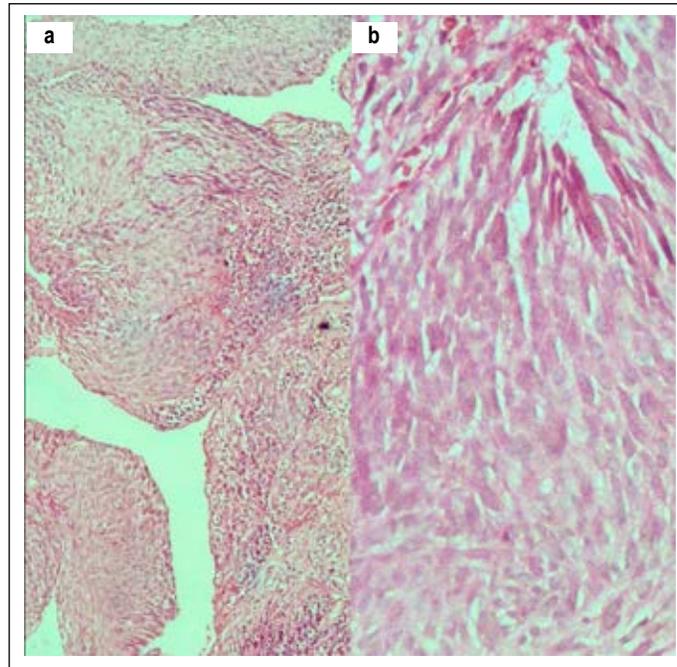


Figura 3. carcinoma escamoso canal anal. a) epitelio de canal anal con alteración de la arquitectura, con áreas de núcleos hiper cromáticos. b) epitelio con anisocitosis, hiper cromasia y pérdida de polaridad.

DISCUSIÓN

Los antecedentes personales, epidemiológicos y las características de las imágenes ayudan a realizar el diagnóstico diferencial del caso presentado. Debido a la procedencia rural de la paciente, es relevante considerar causas infecciosas de origen parasitario.

La hidatidosis hepática, se presenta como quiste un quiste con quistes hijos periféricos, clásicamente. Sin embargo, puede presentarse como quiste único o múltiple con una matriz o un quiste calcificado. Las pruebas de ELISA e inmunoblot han demostrado tener una alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico y se utilizan como pruebas confirmatorias ante un cuadro radiológico compatible ⁽⁶⁾. El quiste amebiano, se caracteriza por cursar con cuadro previo de disentería y, una vez establecido, cursa con fiebre, ictericia, coluria y dolor en hipocondrio derecho. Además, radiológicamente se presenta como una única lesión quística, usualmente en el segmento posterior del lóbulo derecho con realce en anillo o más raro, con un patrón miliar imitando a un absceso fúngico ⁽⁷⁾. Si bien es cierto, el caso presentado provenía de una región rural, la clínica, la serología y los hallazgos radiológicos no fueron compatible con ninguno de los cuadros descritos.

Las lesiones de origen tumoral toman relevancia en el diagnóstico diferencial del caso presentado, sobre todo las de origen metastásico. No obstante, las lesiones primarias quísticas del hígado pueden presentarse de

forma multiquistica. Por ejemplo, el cistoadenoma biliar, considerada una lesión premaligna, y el cistoadenocarcinoma, suelen presentarse como una lesión quística única o múltiple septada en la tomografía, hipointensa en T1 e hiper-intensa en T2 en la RMN, siendo frecuentes en mujeres entre la cuarta y quinta década de la vida ⁽⁸⁾. Asimismo, el hepatocarcinoma puede presentarse, de forma inusual, como una lesión quística única con múltiples septos con igual comportamiento en la RMN descrita previamente ⁽⁹⁾. Si bien es cierto la descripción por resonancia coincide con la del caso presentado, no es compatible por la falta de antecedentes de enfermedades o hallazgos por exámenes auxiliares de causas que conduzcan a cirrosis y hepatocarcinoma.

Debido al extenso diagnóstico diferencial, algunos autores han propuestos algoritmos diagnósticos para la lesiones quísticas en las cuales las causas neoplásicas toman relevancia una vez que las parasitarias han sido descartadas ⁽¹⁰⁾. Por ejemplo, Borhani et al, desarrollaron un algoritmo simplificado para identificar y diferenciar lesiones quísticas hepáticas ⁽¹¹⁾. En él, la metástasis quística hepática debe ser considerada en el contexto de la existencia concurrente de una neoplasia del TGI, con mayor convicción si causas infecciosas han sido descartadas. Suelen ser lesiones hipo-iso densas, hipovasculares, septados, con realce en anillo, con aumento de intensidad en T2. Las razones de los cambios quísticos aún no son claras, aunque se postula que sea el rápido crecimiento, mayor a la irrigación por la arteria hepática, que conduzca finalmente a necrosis ⁽⁸⁾.

El carcinoma escamoso de canal anal es una de las neoplasias más raras del tracto gastrointestinal con una prevalencia cercana al 2%, siendo más frecuente en mujeres ⁽¹²⁾. El lugar más frecuente de metástasis son los pulmones, representando el hígado el 10% de casos ⁽¹³⁾. Sin embargo, su presentación en forma quística es extremadamente raro. Reportes previos han mostrado una presentación, similar a la nuestra, caracterizada por masa palpable al examen del canal anal, pérdida de peso y masa palpable a nivel abdominal, y una lesión ulcerativa a la colonoscopia ⁽¹⁴⁾. Entonces, de presentarse un cuadro de lesiones hepáticas quísticas resulta relevante descartar las causas infecto-parasitarias para dar pase a considerar causas de origen neoplásico como proponen diversos autores, más si existe historia de neoplasia del tracto gastrointestinal.

En conclusión, la presentación de lesiones quísticas conlleva a un proceso diagnóstico complejo, en el cual debe considerarse la posibilidad de origen neoplásico. Para ello, es importante contemplar una adecuada historia clínica y examen físico.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caremani M, Vincenti A, Benci A, Sassoli S, Tacconi D. Ecographic epidemiology of non-parasitic hepatic cysts. *J Clin Ultrasound*. 1993 Feb;21(2):115-8. doi: 10.1002/jcu.1870210207.
- Macutkiewicz C, Plastow R, Chrispijn M, Filobos R, Ammori BA, Sherlock DJ, et al. Complications arising in simple and polycystic liver cysts. *World J Hepatol*. 2012;4(12):406-11. doi: 10.4254/wjh.v4.i12.406.
- Qian LJ, Zhu J, Zhuang ZG, Xia Q, Liu Q, Xu JR. Spectrum of Multilocular Cystic Hepatic Lesions: CT and MR Imaging Findings with Pathologic Correlation. *RadioGraphics*. 2013;33(5):1419-33. doi: 10.1148/rg.335125063.
- Pitchaimuthu M, Duxbury M. Cystic lesions of the liver—A review. *Curr Probl Surg*. 2017;54(10):514-42. doi: 10.1067/j.cpsurg.2017.09.001.
- Nelson VM, Benson AB 3rd. Epidemiology of Anal Canal Cancer. *Surg Oncol Clin N Am*. 2017;26(1):9-15. DOI: 10.1016/j.soc.2016.07.001.
- Nunnari G, Pinzone MR, Gruttadauria S, Celesia BM, Madeddu G, Malaguarnera G, et al. Hepatic echinococcosis: Clinical and therapeutic aspects. *World J Gastroenterol*. 2012;18(13):1448-58. doi: 10.3748/wjg.v18.i13.1448.
- Radin D, Ralls P, Colletti P, Halls J. CT of amebic liver abscess. *Am J Roentgenol*. 1988;150(6):1297-301. doi: 10.2214/ajr.150.6.1297.
- Mortelé KJ, Ros PR. Cystic Focal Liver Lesions in the Adult: Differential CT and MR Imaging Features. *RadioGraphics*. 2001;21(4):895-910. doi: 10.1148/radiographics.21.4.g01j116895.
- Alobaidi M, Shirkhoda A. Malignant cystic and necrotic liver lesions: A pattern approach to discrimination. *Curr Probl Diagn Radiol*. 2004;33(6):254-68. doi: 10.1067/j.cpradiol.2004.08.002.
- Lantinga MA, Gevers TJ, Drenth JP. Evaluation of hepatic cystic lesions. *World J Gastroenterol*. 2013;19(23):3543-54. doi: 10.3748/wjg.v19.i23.3543.
- Borhani AA, Wiant A, Heller MT. Cystic Hepatic Lesions: A Review and an Algorithmic Approach. *Am J Roentgenol*. 2014;203(6):1192-204. doi: 10.2214/AJR.13.12386.
- Osborne MC, Maykel J, Johnson EK, Steele SR. Anal squamous cell carcinoma: An evolution in disease and management. *World J Gastroenterol*. 2014;20(36):13052-9. doi: 10.3748/wjg.v20.i36.13052.
- Ferlito A, Shaha A, R, Silver C, E, Rinaldo A, Mondin V. Incidence and Sites of Distant Metastases from Head and Neck Cancer. *ORL*. 2001;63:202-207. doi: 10.1159/000055740.
- Bekki T, Takakura Y, Kochi M, Kushitani K, Mori K, Arihiro K, et al. Case report of hepatic pseudocyst: A rare manifestation of liver metastasis from an anal squamous cell carcinoma. *Int J Surg Case Rep*. 2019;62:77-84. doi: 10.1016/j.ijscr.2019.08.005.

Correspondencia:

César Vargas-Alayza
Servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú.
Avenida Alfonso Ugarte 848, Cercado de Lima 15082
E-mail: vargasalayza@gmail.com