

Falso positivo en el diagnóstico de metástasis hepática de origen colorrectal

False positive in the diagnosis of a liver metastasis of colorectal origin

La TC helicoidal con multidetectores es la prueba estándar para estadificar la enfermedad tumoral hepática¹. Lesiones hipodensas de reciente aparición en la evolución de un cáncer colorrectal (CCR) sugieren metástasis. La toma de decisiones sobre el tratamiento de las metástasis hepáticas debe basarse en sesiones multidisciplinarias (cirujano-radiólogo-oncólogo) junto con una prueba de imagen preoperatoria (TC con multidetectores)¹.

Aportamos la experiencia de un caso en el que una imagen infrecuente llevó a un diagnóstico erróneo e indicación de cirugía hepática innecesaria.

Una mujer de 60 años fue sometida a amputación de Miles por adenocarcinoma de recto (a 2 cm de margen anal) tras neoadyuvancia (RMN T4/N1/M0). El tiempo perineal se abordó mediante acceso posterior, que permite mejores resultados oncológicos además de mayor comodidad quirúrgica^{2,3}. Presentó infección postoperatoria perineal drenada ambulatoriamente. A las 6 semanas de la intervención se vieron en TC dos lesiones hipodensas en fase portal compatibles con metástasis (fig. 1). En sesión multidisciplinaria se decidió programar una resección hepática, a pesar de que el ACE postoperatorio fue de 0,6 ng/ml (preoperatorio de 1). En la intervención no se evidenció ninguna lesión hepática (ecografía intraoperatoria incluida). La figura 2 muestra la imagen tomográfica hepática previa al tratamiento y tras la segunda intervención.

Las imágenes de metástasis colorrectales pueden tomar diferentes formas/tamaños sin patrón específico, pero suelen ser más o menos irregularmente esféricas. Teniendo en cuenta las características de las imágenes presentadas, el hecho de que 4 semanas antes no fueron vistas en la cirugía

de recto y que el valor del ACE no aumentó, podemos decir a posteriori que debería haberse puesto en duda el diagnóstico de metástasis. El ACE es un marcador tumoral de pronóstico negativo en el CCR^{4,5}, aunque en un 30% de pacientes no se eleva en presencia de metástasis hepáticas operables^{3,6}. Dentro del diagnóstico diferencial se llegó a plantear como posibilidad el infarto hepático. En discusión posterior un radiólogo del equipo planteó la hipótesis alternativa de una transformación evolutiva hacia hígado graso, con las imágenes sospechosas como esteatosis iniciales, basándose en las unidades Hounfield calculadas. Ante imágenes similares se debería aumentar el número de pruebas diagnósticas. Sin embargo la siembra potencial neoplásica relacionada con la punción-biopsia percutánea para el diagnóstico de lesiones hepáticas⁷ hace que este procedimiento deba ser el último recurso si las metástasis son curables.

Los estudios de TC sobre infarto hepático son limitados y se remontan a principios de los 80⁸. Holbert et al⁹ describieron las características que pueden tomar los infartos por insuficiencia arterial hepática. Las más frecuentes fueron las formas ovales o redondeadas junto con formas en cuña o triangulares y en menor frecuencia irregulares y áreas aplanadas. También mostraron su evolución, pudiendo pasar de forma en cuña a forma redondeada en el intervalo de unas semanas. Las imágenes de nuestra paciente son compatibles por su forma con el patrón triangular. Los estudios de imagen de esteatosis hepática también son infrecuentes.

Ante la incongruencia de pruebas analíticas/inspección operatoria con las imágenes radiológicas, sobre todo si no son

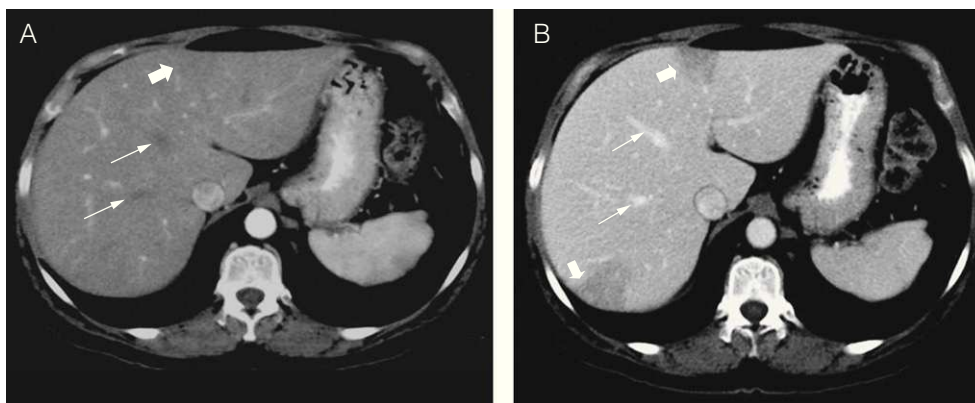


Figura 1 – A: parénquima hepático en fase portal, aún no se han rellenado las venas suprahepáticas (flechas finas) y en el segmento 2 medial se adivina una hipodensidad que será más llamativa en la fase venosa tardía (flecha gruesa). **B:** fase venosa tardía o de equilibrio. Las flechas gruesas corresponden a las áreas de infarto transitorio, de forma triangular.

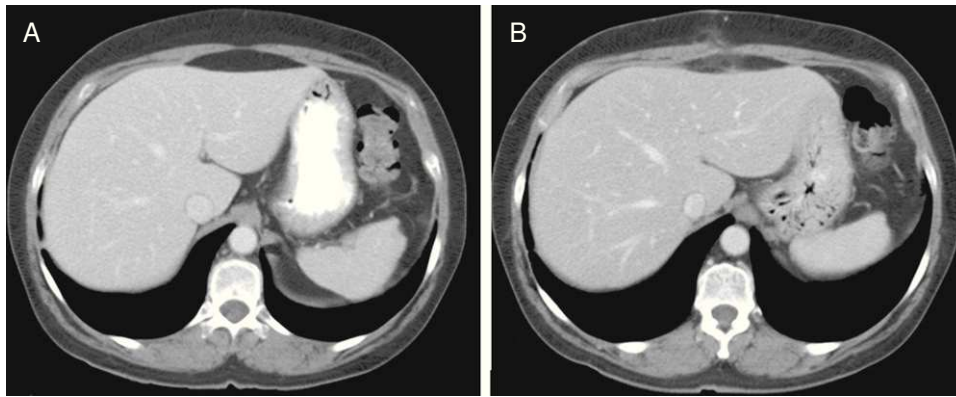


Figura 2 – A: imagen de TAC antes de la neoadyuvancia y de la cirugía rectal. **B:** imagen de control tras la cirugía indicada por sospecha de metástasis hepáticas, donde no se ven las imágenes hipodensas triangulares.

típicas, es aconsejable ampliar el estudio antes de indicar cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Figueras J, Planellas P, Albiol M, López-Ben S, Codina-Barreras A, Pardina B, et al. Papel de la ecografía intraoperatoria y la TC con multidetectores en la cirugía de las MH. *Cir Esp.* 2008;83:132-6.
2. Holm T, Ljung A, Häggmark T, Jurell G, Lagergren J. Extended abdominoperineal resection with gluteus maximus flap reconstruction of the pelvic floor for rectal cancer. *Br J Surg.* 2007;94:232-8.
3. West NP, Finan PJ, Anderin C, Lindholm J, Holm T, Quirke P. Evidence of the oncologic superiority of cylindrical abdominoperineal excision for low rectal cancer. *J Clin Oncol.* 2008;26:3517-22.
4. Oussoultzoglou E, Rosso E, Fuchshuber P, Stefanescu V, Diop B, Giraudo G, et al. Perioperative carcinoembryonic antigen measurements to predict curability after liver resection for colorectal metastases: a prospective study. *Arch Surg.* 2008;143:1150-8.
5. Martí J, Modolo MM, Fuster J, Comas J, Cosa R, Ferrer J, et al. Prognostic factors and time-related changes influence results of colorectal liver metastases surgical treatment: A single-center analysis. *World J Gastroenterol.* 2009;15: 2587-94.
6. Hohenberger P, Schlag PM, Gerneth T, Herfarth C. Pre- and postoperative carcinoembryonic antigen determinations in hepatic resection for colorectal metastases. *Ann Surg.* 1994;219:135-43.
7. Stigliano R, Marelli L, Yu D, Patch D, Burroughs AK. Seeding following percutaneous diagnostic and therapeutic approaches for hepatocellular carcinoma. What is the risk and the outcome for percutaneous approach of HCC? Seeding risk. *Cancer Treat Rev.* 2007;33:437-47.
8. Adler DD, Glazer GM, Silver TM. Computed tomography of liver infarction. *AJR.* 1984;142:315-8.
9. Holbert BL, Baron RL, Dodd III GD. Hepatic infarction caused by arterial insufficiency: spectrum and evolution of CT findings. *AJR.* 1996;166:815-20.

Francisco J. Morera Ocón^{a,*}, Marcos Agramunt Lerma^b, Juan C. Bernal Sprekelsen^a y Javier Ballestín Vicente^b

^aServicio de Cirugía General, Hospital de Requena, Valencia, España
^bServicio de Radiodiagnóstico, Hospital de Requena, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fmoreraocon@aecirujanos.es
(F.J. Morera Ocón).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2009 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.03.049

Embolización por vía percutánea de una fístula del conducto torácico cervical

Percutaneous embolisation of a cervical thoracic duct leak

La lesión del conducto torácico a nivel cervical se produce en un 1-2,5% de las intervenciones quirúrgicas en las que se realiza una disección radical del cuello¹. La aparición de una fístula del conducto torácico es una complicación potencial-

mente muy grave, por lo que un diagnóstico y tratamiento precoces son primordiales.

Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 46 años con un carcinoma papilar de tiroides con metástasis gan-