



CARTAS CIENTÍFICAS

Metástasis adrenal como presentación de un hepatocarcinoma



Adrenal metastasis as presentation of hepatocellular carcinoma

El hepatocarcinoma con frecuencia cursa con la aparición de enfermedad extrahepática durante su evolución, pero su presentación inicial como enfermedad metastásica es infrecuente. Presentamos el caso de un varón de 61 años de edad con antecedentes de trasplante ortotópico hepático hace 10 años por cirrosis descompensada de origen etílico e infección por el virus de la hepatitis c sin respuesta viral a los tratamientos previos.

En el análisis anatomopatológico del explante hepático se descartó la existencia de hepatocarcinoma. Tras el trasplante se inició tratamiento inmunosupresor con ciclosporina 150 mg/12 h y micofenolato mofetilo 500 mg/12 h. Durante los primeros meses postrasplante, el paciente presentó datos analíticos e histológicos sugestivos de rechazo que se resolvieron con tratamiento corticoideo. Posteriormente se realizó seguimiento con analítica, ecografía y Fibroscan®, sin evidenciarse alteraciones significativas y manteniendo adecuada función hepática. Nueve años después del trasplante, recibió tratamiento con la combinación de sofosbuvir, ledipasvir y ribavirina durante 12 semanas, alcanzando respuesta viral sostenida. Un año después, en una analítica de rutina se objetivó una elevación de la alfa-fetoproteína (111,89 UI/ml, previa de 7,6 UI/ml).

Se realizó una tomografía axial computarizada multifásica (TAC) abdominal que mostraba un injerto hepático de tamaño y morfología normales, con un nódulo de 4 mm en el segmento VI con captación de contraste en fase arterial sin evidencia de lavado en fase venosa, LI-RADS-3. Se describió asimismo una masa adrenal izquierda, sólida, lobulada de 77 × 44 mm. Tres meses más tarde se realizó una resonancia magnética (RM) abdominal en la que se objetivó aumento de tamaño de la lesión adrenal (88 × 66 mm) (fig. 1A), que no resultó caracterizable mediante esta prueba, y estabilidad de la lesión hepática. Se descartó la existencia de hipersecreción hormonal: perfil tiroideo, cortisol, ACTH, DHEA, 17-OH progesterona, catecolaminas en orina y supresión de cortisol tras inyección de dexametasona dentro del rango de normalidad. Se decidió realizar exéresis de la lesión. El análisis histológico (fig. 1B), reveló una metástasis

de carcinoma cuya morfología y perfil inmunohistoquímicos resultaron concordantes con hepatocarcinoma (hepar-1, TTF-1 citoplasmático, CAM 5.2 y CD10). Los bordes de resección no estaban infiltrados. En la TAC de control persistía estable la lesión hepática. Se realizó un PET/TAC que no mostró lesiones sospechosas de malignidad. En la actualidad, 5 meses tras la resección quirúrgica, el paciente se encuentra estable y sin evidencia de recidiva tumoral en pruebas de imagen, con alfa-fetoproteína de 6,7 UI/ml.

Los incidentalomas adrenales son extremadamente frecuentes. Aunque su manejo no ha sido completamente establecido, el primer paso es descartar la existencia de una hipersecreción hormonal y la posibilidad de malignidad¹.

Algunas lesiones pueden ser caracterizables mediante pruebas de imagen. En otros escenarios, es necesario el estudio anatómico-patológico de la lesión para establecer un diagnóstico de benignidad o malignidad¹.

Las metástasis suponen un 5% de los incidentalomas adrenales¹. La incidencia de metástasis adrenales de un hepatocarcinoma oscila entre un 4,6 y un 12,5% en series de autopsias, siendo la cuarta localización más frecuente después del pulmón, los ganglios linfáticos y el hueso². Se ha sugerido que el mecanismo más probable de aparición sería la diseminación arterial a través de la aorta³.

Estas lesiones pueden ser sincrónicas o metacrónicas, pudiendo aparecer años después de un trasplante hepático realizado como tratamiento de un hepatocarcinoma⁴. Sin embargo, es extremadamente infrecuente la presencia de una metástasis adrenal como primera manifestación clínica⁵. Una revisión de la literatura reveló algunos casos en los que las metástasis fueron la manifestación inicial de un hepatocarcinoma. Se han descrito lesiones óseas, una lesión metastásica en la aurícula derecha, lesiones en parótida, una lesión glútea o metástasis adrenales^{4,5}. Sin embargo, en todos ellos se objetivó una lesión primaria durante el seguimiento^{4,5}, a diferencia del caso clínico que presentamos en el que, tras 9 meses desde el diagnóstico inicial, no existe evidencia de enfermedad intrahepática. Por tanto, a la vista de la evidencia científica existente, es el primer caso descrito de enfermedad metastásica adrenal sin evidencia de tumor primario hepático.

Como conclusión, las metástasis adrenales pueden ser la primera manifestación de la enfermedad y deben considerarse como posibilidad ante la detección de un incidentaloma adrenal en pacientes que presenten circunstancias que confieran un aumento del riesgo de hepatocarcinoma.

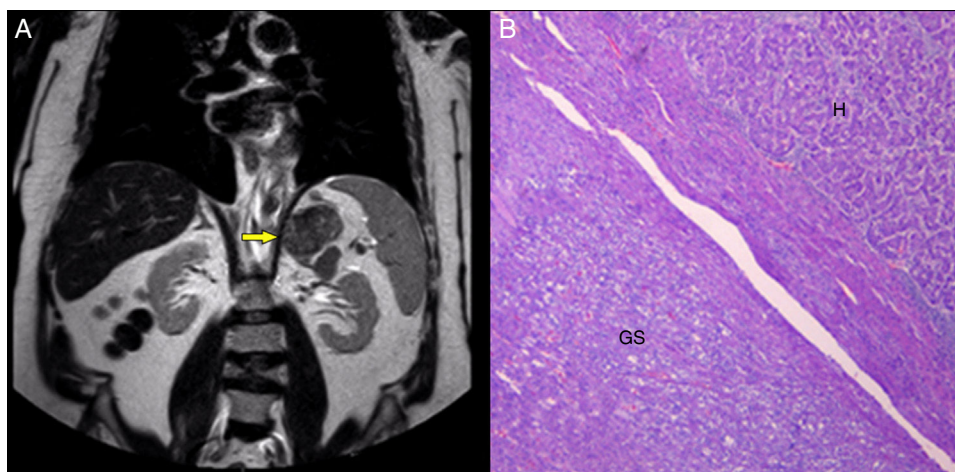


Figura 1 A) RM de la metástasis en la glándula suprarrenal izquierda (flecha). B) Tinción hematoxilina-eosina de la metástasis del hepatocarcinoma (H) junto al tejido suprarrenal normal (GS).

Bibliografía

1. Fassnacht M, Artl W, Bancos I, Dralle H, Newell-Price J, Sahdev A, et al. Management of adrenal incidentalomas: European Society of Endocrinology Clinical Practice Guideline in collaboration with the European Network for the Study of Adrenal Tumors. *Eur J Endocrinol.* 2016;175:G1–34.
2. Katyal S, Oliver JH III, Peterson MS, Ferris JV, Carr BS, Baron RL. Extrahepatic metastases of hepatocellular carcinoma. *Radiology.* 2000;216:698–703.
3. Hong S, Kim T, Sung KB, Kim P, Ha H, Kim A, et al. Extrahepatic spread of hepatocellular carcinoma: A pictorial review. *Eur Radiol.* 2003;13:874–82.
4. Sormaz IC, Yegen G, Akyuz F, Tunca F, Şenyürek YG. Recurrent Hepatocellular Carcinoma in the Right Adrenal Gland 11 Years After Liver Transplantation for Hepatocellular Carcinoma: a Case Report and Literature Review. *Indian J Surg.* 2017;79:450–4.
5. Tsalis K, Zacharakis E, Sapidis N, Lambrou I, Zacharakis E, Bet-sis D. Adrenal metastasis as first presentation of hepatocellular carcinoma. *World J Surg Oncol.* 2005;3:50.

Eugenia Sánchez Rodríguez^{a,*}, Raquel Ríos León^a, Álvaro Flores de Miguel^a, Antonio Guerrero García^a, Héctor Pian^b, Francisco Gea Rodríguez^a y Agustín Albillos Martínez^a

^a Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eugenia.sanchez.rodriguez@gmail.com (E. Sánchez Rodríguez).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.03.001>
0210-5705/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Hallazgo inesperado de colon en arañazo de gato en una colonoscopia de cribado



An unexpected finding of cat scratch colon in a screening colonoscopy

El «colon en arañazo de gato» («cat scratch colon») es un hallazgo endoscópico caracterizado por la presencia de roturas lineales de la mucosa del colon, de color rojo brillante y que por su aspecto recuerdan al arañazo de un gato. La aparición de estas lesiones se ha atribuido al barotrauma producido por la insuflación durante la colonoscopia.

Presentamos el caso de una mujer de 69 años, sin antecedentes médicos de interés, que fue derivada a nuestra

unidad para la realización de una colonoscopia de cribado de carcinoma colorrectal tras detección de sangre oculta en heces positiva. La colonoscopia se realizó tras preparación evacuante con polietilenglicol, bajo sedación con propofol y mediante insuflación con CO₂. La progresión endoscópica no fue traumática, sin embargo, al intubar el colon transversal proximal, colon ascendente y ciego se identificaron en la mucosa varias estrías longitudinales eritematosas con hemorragia mucosa espontánea (fig. 1). En recto presentaba múltiples pólipos milimétricos que fueron extirpados. El resto de la mucosa colónica era macroscópicamente normal. La prueba se desarrolló sin incidencias y no se objetivó ninguna complicación secundaria. Los resultados de la histología fueron pólipos hiperplásicos y mucosa colónica sin alteraciones histológicas.

El «colon en arañazo de gato» («cat scratch colon») fue descrito por primera vez por McDonnell et al. en