

CASOS CLINICOS

Metástasis ósea. Primera manifestación de un hepatoma

Dres. Nicolás Davidenko, Marys Casanova, Ernesto Silva García
y Julio de los Santos

Aportamos una observación de hepatoma cuyo primer síntoma fue la presencia de un voluminoso tumor costal, siendo la biopsia la que demostró su carácter metastático. Los exámenes complementarios mostraron la existencia de un hepatoma hipervascularizado con trombosis venosa portal segmentaria asociada, asentando en un parénquima que laparoscópicamente impresionó como normal. La biopsia del tumor primario mostró una histoarquitectura similar a la metástasis.

Analizando la bibliografía sobre el tema se destaca la rareza de esta eventualidad y la evolución rápidamente fatal cuando se le diagnostica.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Liver / tumors / metastases.

El hepatoma es un tumor poco frecuente en nuestro medio y está asociado a la cirrosis en alto porcentaje (85 %) siendo raro su desarrollo en el hígado normal (7, 16, 17).

La metástasis ósea es infrecuente pero puede ser la única sintomatología ostensible, mientras que el tumor primitivo crece sin evidencias clínicas.

OBSERVACION CLINICA

H. de Cl. Reg. Nº 137.118 (21-1-71). C.A.I. Sexo masculino; edad: 65 años.

Cemienza 3 meses antes del ingreso con dolor tipo puntada de mediana intensidad a nivel del cuadrante infero-interno de la mama derecha donde nota la presencia de una tumoración del tamaño de una nuez que tiene un rápido crecimiento. No repercusión general. No existen otras alteraciones.

Antecedentes: epilepsia tratada desde la edad de 27 años. Operado hace 15 años de quiste hidático de pulmón derecho. No alcoholismo.

Presentado en la Sociedad de Cirugía en sesión del 6 de agosto de 1975.

* Prof. Adjunto de Semiología Quirúrgica, Médico Gastroenterólogo, Ex-Prof. Adjunto de Radiología, Prof. Adjunto de Anatomía Patológica. Facultad de Medicina. Montevideo.

Dirección: Nelson 3329. Tel. 23324 (Dr. Davidenko).

Clinica Quirúrgica "B" (Prof. Jorge Pradines) Hospital de Clínicas, Montevideo.

Examen. Buen estado general. Tórax: gran tumoración que ocupa la cara anterior del hemitórax derecho a nivel de la región mamaria. La piel está sana pero existe circulación venosa aumentada. Areola y pezón normales. En la zona antedicha se palpa una tumoración esférica de unos 15 cm de diámetro, bien limitada, de consistencia homogénea y pétrea, indolora, que no adhiere a la piel ni a la glándula mamaria ni al pezón. Firmemente solidarizada al músculo pectoral mayor y a los intercostales así como a la extremidad anterior de la 4ª, 5ª y 6ª costillas. Cicatriz de toracotomía lateral derecha sin particularidades. Pleuropulmonar: normal. Cuello: normal. Abdomen: simétrico. Se moviliza bien con la respiración. No existe circulación colateral. Ombligo normal. A la palpación es depresible e indoloro. No se palpa hígado ni bazo. No ascitis. T.R.: normal. Fosas lumbares: normales. Osteoarticular: salvo la tumoración descrita el resto es normal.

Impresión clínica: tumor primitivo o secundario de la pared torácica.

Exámenes. Rx. de tórax: gruesa tumoración que ocupa y destruye los arcos costales anteriores de la 4ª, 5ª y 6ª costillas derechas proyectándose en el espacio mediastinal anterior. Proceso de condensación que toma el lóbulo inferior y medio derecho con cierto grado de retracción.

Tomografía de tórax: informa que el proceso expansivo en estudio toma parte del lóbulo medio y del lóbulo inferior del pulmón derecho provocando atelectasia de algunos segmentos anteriores. No se observan adenopatías mediastinales.

Biopsia quirúrgica del tumor: llama la atención la coloración verdosa que presenta. Histológicamente se trata de un nódulo tumoral, limitado, constituido por células poliédricas de citoplasma granuloso, con pigmento, con mitosis y atipias de estructura cordonal y trabecular, con esbozos de estructuras canaliculares atípicas. Estroma fibroso. El fragmento estudiado corresponde a un hepatocarcinoma.

Frente al resultado de la anatomía patológica se decide investigar la topografía y tamaño del tumor hepático primitivo con diferentes procedimientos de diagnóstico:

1º) Arteriografía hepática: por cateterización del tronco celiaco con catéter de Oddman curvo. Arterias de división del tronco celiaco de calibre y morfología normal. Se observa una expansión de la arteria ántero-inferior derecha con neoformación vascular y lagunas vasculares que irriga una masa de unos 8 cm

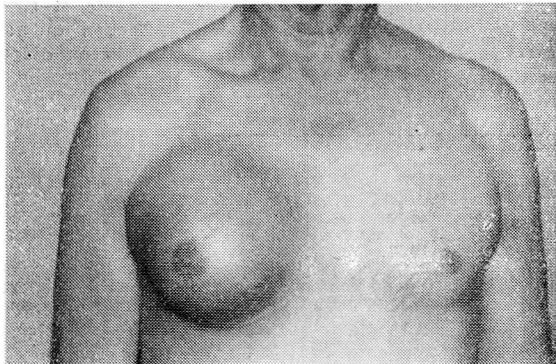


Fig. 1.—Foto del paciente. Se destaca el voluminoso tumor costal.

de diámetro aproximadamente, polilobulada en la topografía del segmento VI.

2º) Gamagrama hepático: existe un extenso proceso de sustitución parenquimatosa que amputa la mitad posterior del lóbulo derecho. La captación y distribución del radiocoloide se realiza en forma inhomogénea. En suma: centellograma hepático anormal. Proceso de sustitución parenquimatosa de cara posterior multilobulado existe captación normal del retículo-endotelio esplénico.

3º) Esplenopografía: presión portal de 15 cm de agua. Vena esplénica y tronco porta permeables. Se aprecia una anomalía vascular ya que la vena porta izquierda es muy gruesa y forma un verdadero receptáculo del que parten diversas ramas para los sectores izquierdos. No existe tronco venoso portal derecho como tal ya que los troncos venosos para los segmentos derechos salen en forma independiente. Se nota la ausencia del tronco venoso correspondiente a los segmentos VI y VII, presumiblemente por trombosis. Inyección de 20 cc de Lipiodol Ultra-Fluido objetivándose sus diferentes fases siendo evidente la existencia de un proceso expansivo policíclico que ocupa los segmentos VI y VII. La tomografía hepática precisa con exactitud los límites del área avascular.

4º) Laparoscopia: pone en evidencia la existencia de una hepatomegalia a expensas de un tumor que toma los sectores externos e inferior del lóbulo derecho. El parénquima hepático restante impresiona como macroscópicamente normal.

5º) Biopsia hepática apuntada hacia la zona delimitada por la oleohepatografía como avascular evidencia la existencia de un hepatocarcinoma cuyas características arquitecturales son idénticas a las de la metástasis.

Los demás exámenes como ser los de laboratorio entre los que destacamos funcional hepático, proteínograma electroforético fueron normales.

Se decide efectuar cobaltoterapia (Dr. Kasdorf) con la finalidad de disminuir la masa tumoral. Lamentablemente resultó ineficaz, ya que la masa tumoral ha aumentado evidentemente de tamaño. El paciente del punto de vista general se encuentra bien y se decide otorgarle el alta en vista de la ineficacia de la radioterapia.

Evolución: a los tres meses de otorgársele el alta el paciente presenta paraplejía. A pesar de que la masa tumoral costal continuó creciendo no se ulceró. Fallece a los 11 meses de otorgársele el alta.

COMENTARIO

La presencia de metástasis óseas en el carcinoma primitivo de hígado es una eventualidad poco frecuente; es así como Cayla (7) de un estudio de 607 casos dicha eventualidad estuvo presente en el 5 % de los casos y para Payet (17) sobre 1.500 observaciones el porcentaje obtenido fue del 3 %. La frecuencia de la antedicha localización aumenta considerablemente cuando es buscada de manera sistemática en la autopsia (19).

Cayla (7) analiza las características de las metástasis óseas de los tumores hepáticos primitivos llegando a la conclusión de que predominan en el sexo masculino, localizándose sobre todo en la columna (54,2 %), pelvis (29,2 %) siendo mucho más infrecuente la localización costal, o bien en el húmero o en el fémur; la metástasis adopta una forma tumoral y osteolítica.

El carácter particularmente interesante de las localizaciones óseas reside en el hecho de que pueden ser la primera manifestación sintomática de un tumor hepático que hasta ese momento se ha desarrollado en forma silenciosa.

Para ilustrar lo infrecuente de la situación antedicha mencionaremos que Payet (17) en un estudio sobre 1.500 casos de hepatoma obtuvo 21 casos de metástasis óseas de las cuales solamente lo fueron la primera manifestación sintomática.

Delbet (10) fue el primer autor que insistió sobre esta eventualidad al presentar un paciente portador de un tumor de clavícula y cuya histología correspondió a un hepatoma.

Más tarde, Hartmann (13) confirma con un caso similar esta particular situación.

La sintomatología obtenida dependerá del sector óseo comprometido y es por ello que surgen diversas situaciones.

Las localizaciones raquídeas son las más frecuentes y causan importantes accidentes neurológicos y entre las manifestaciones reveladoras tenemos: paraplejía (7, 15, 17, 20), las compresiones radiculares, lumbares y sacras (4, 7, 15, 20) o cervicales (5, 7).

Debido al carácter osteolítico, las metástasis cuando asientan en los huesos largos, la sintomatología puede ser una fractura patológica, siendo el húmero el hueso donde se produce esta contingencia con mayor frecuencia (6, 7) y siendo más raro en el fémur (7, 23).

Tiene un lugar preponderante la localización costal donde también puede observarse la fractura patológica (15, 22, 23) o bien en casos excepcionales puede tomar el aspecto de un gran tumor de pared torácica como sucedió en el caso de Shuffett (21) y en el nuestro.

Existen otras localizaciones que son verdaderamente insólitas como son: la metástasis falangica (18), la zigomática (18) o bien la clavicular (10, 13).

Resulta interesante la localización en el maxilar inferior (3, 8, 11, 12, 14, 19, 24) donde no solamente con descubiertas precozmente por su carácter superficial y por el hecho de la importante molestia funcional que producen sino particularmente por el tremendo riesgo hemorrágico que presentan pudiéndose plantear de urgencia la ligadura de la arteria carótida externa (19).

Las metástasis reproducen el aspecto histológico del primitivo que casi siempre es un hepatoma siendo rarísimo la existencia de un colangioma (20).

La búsqueda del tumor primitivo fue realizado en nuestro caso con múltiples procedimientos de diagnóstico. La arteriografía estableció la existencia de un tumor hepático hipervascularizado ubicado en el segmento VI. La oleohepatografía por vía esplénica y el gammagrama mostraron una zona lacunar mayor ya que abarcó el sector VI y VII. Ello se debe a que a la zona avascular del tumor se le sumó el sector hepático drenado por el sector venoso trombosado como mostró la esplenopografía. Esta eventualidad siempre hay que tenerla presente ya que en el 50 % aproximadamente de los casos de hepatoma existe trombosis portal asociada, testigo del crecimiento tumoral endovenoso.

La evolución del hepatoma con metástasis óseas es fatal en plazos siempre breves y se sitúa alrededor de 7 meses (7). En nuestro caso el paciente falleció a los 11 meses de otorgársele el alta, pero hecho interesante, a los 3 meses presentó paroplejía sintoma elocuente de la pre-existencia de metástasis vertebrales, es por ello que todo tratamiento paliativo es inoperante.

SUMMARY

Bone metastases. First manifestation of hepatoma.

In a case of hepatoma, the patient's first symptom was the presence of a voluminous costal tumor and biopsy showed that it was metastatic. Complementary tests indicated a hypervascular hepatoma with associated segmentary portal vein thrombosis, located in a parenchyma which seemed laparoscopically normal. Biopsy of primary tumor showed its histoarchitecture to be similar to that of metastases.

A study of bibliography shows its rare occurrence and, when diagnosed, rapidly fatal evolution.

RESUME

Metastase osseuse. Première manifestation d'un hépatome.

Observation d'un hépatome dont le premier symptôme a été la présence d'une tumeur costale volumineuse. La biopsie en a révélé le caractère métastatique et les examens complémentaires ont montré l'existence d'un hépatome hypervascularisé avec thrombose de la veine porte, segmentaire associée, siégeant dans un parenchyme qui semble normal à la laparoscopie. La biopsie de la tumeur primaire montre une histo-architecture similaire à la métastase.

L'auteur analyse la bibliographie existante et signale l'apparition très rare de cette affection qui a une évolution fatale rapide chaque fois qu'elle est diagnostiquée.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AMSLER R, BESSON J, GUNTZ M, NOUCHET Y, CHEGUILLAUME J et SIMARD Cl: Un cas de cancer hépatique primitif hépato-cellulaire révélé par des métastases osseuses. *Rev Franc Gastroent*, 26: 47, 1967.
2. ANGLÉSIO E: Isolated bone metastases as a manifestation of primary tumor of the liver. Report of a case and review of the literature. *Gastroenterology*, 27: 307, 1954.
3. APPENZELLER J, WITZNER S, LONG GW: Hepato-cellular carcinoma metastatic to the mandible. Report of a case and review of literature. *J Oral Surg*, 29: 668, 1971.
4. BRODIN P, BOLGERTM et PLOCA A. A propos d'un épithélioma primitif du foie révélé par une métastase vertebrale. *Ann Anat Path*, 12: 355, 1935.
5. BYRNE MJ, SCHEINBERG MA, MAVLIGIT G, DAWKINS RL. Hepatocellular carcinoma. Presentation with vertebral metastasis and radicular compression. *Cancer*, 30: 202, 1972.
6. CARNAHAN DS. Primary hepatoma with metastasis to a long bone. *Radiology*, 55: 844 1950.
7. CAYLA J, RONDIER J, HEISBOUR A de SAINT MAUR P, DELBARE F. Les métastases osseuses des carcinomas du foie (a propos de cinq observations anatomo-cliniques). *Rev Rhum*, 38: 515, 1971.
8. CERNEA P, CREPY Cl, CHOME J, MAZZA R, POUILLOT J, DUFFER R. Métastase mandibulaire d'un épithélioma primitif du foie. *Rev Stomat*, 64: 589, 1963.
9. CHARACHE H. Primary carcinoma of the liver. Report of a case and review of the literature. *Am J Surg*, 43: 96, 1939.
10. DELBET P. Tumeur de la clavicule. *Bull Mém Soc Chir*, 35: 525, 1909.
11. DICK A, MEAD SG, MENSCH M and SCHATTEN WE. Primary hepatoma with metastasis to the mandible. *Am J Surg*, 94: 846, 1957.
12. FRANCHEBOIS P, LAUX M, SOUYRIS F. Métastase mandibulaire d'un hépatome malin. *Rev Stomat*, 66: 155, 1965.
13. HARTMAN H, GUERIN P et OBERLING Ch. Hépatoma de la clavicule. *Mém Acad Chir*, 62: 578, 1936.
14. LAPEYROLERIE FM and MANHOLD SH. Hepatoma metastatic to the gingiva. Report of a case. *Oral Surg*, 18: 365, 1964.
15. MANIGAN DG, PAILLAS J, COHEN de LARA A, FOULON D, DEPARIS M. Métastases osseuses révélatrices du cancer hépatique primitif. *Sem Hop*, 50(25): 1725, 1974.
16. ORCEL L. Etude des extensions et métastases des épithéliomas primitifs du foie, des rapports entre la macroscopie et l'histologie, des lésions contingentes. *Path Biol*, 6: 371, 1958.
17. PAYET M, SANKALE M, CAVE L, MOULANIER M, PENE P, BOURGEADE A et LEGRADE G. Les métastases osseuses au cours du carcinome primitif du foie. *Presse Méd*, 73: 115, 1965.
18. REICHBACH EJ, LEVINSON JD and FABIN RR. Unusual osseous metastases of hepatoma. *JAMA*, 213: 2078, 1970.
19. SARRAZIN A, BOUSQUET O, VAILLANT JM, BROCHERIOU C et TRINH DINH HY. Métastase mandibulaire révélant un hépatome. *Ann Méd Int*, 125: 61, 1974.
20. SCHWEITZER G and VILLET W. Skeletal metastasis in primary carcinoma of the liver. *SA Med J*, 45: 476, 1971.
21. SHUFFETT WL, RICHARDSON JD, Mc GEE EM and JEWELL WR. Hepatoma metastatic to rib. *JAMA*, 215: 120, 1971.
22. SIDHU GS. Hepatoma metastatic to bone. *JAMA*, 218: 1305, 1971.
23. TALERMAN A, MAGYAR E. Hepatocellular carcinoma presentig with pathologic fracture due to bone metastases. *Cancer*, 32: 1477, 1973.
24. YACABUCCI JE, MAINOUS EG, KRAIYER HS. Hepatocellular carcinoma diagnosed following metastasis to the mandible. Report of a case. *Oral Surg*, 33: 888, 1972.