

Metástasis raquídea de hepatocarcinoma

Dres. Pedro Benedek, Carlos Gómez Haedo, Juan Medoc, Francisco Gravina, Juan Purriel, Miguel Estable y Eduardo Touyá

Los autores presentan un caso de hepatocarcinoma (hepatoma) diseminado en un paciente cirrótico, con compresión extradural de cola de caballo por metástasis raquídea lumbosacra.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Spinal / Cord Neoplasms / Hepatoma.

El hepatoma (carcinoma epitelial de origen hepatocítico) es un tumor primitivo del hígado que afecta con mayor frecuencia al sexo masculino, generalmente en la quinta y sexta décadas (5, 9). Se presenta más comúnmente en las regiones tropicales demostrando predilección por los adultos jóvenes (2). En los EE.UU. se le comprueba en menos del 0,5 % de todas las autopsias y configura menos del 2,5 % de todos los carcinomas (2).

Comparativamente, representa entre el 1 y 2 % de los tumores en los nativos del Africa y hasta el 50 % en el Oriente (2). Las diferencias en la distribución geográfica reflejan probablemente la mayor incidencia en dichas zonas de desnutrición, enfermedades parasitarias y hepatopatías crónicas (2).

El hepatoma se asocia con cirrosis en más del 50 % de los casos (1, 2, 6). Presenta una incidencia hasta veinte veces mayor en los cirróticos que en el resto de la población (2); esta incidencia es cada vez más frecuente, lo que se atribuye a la sobrevida más prolongada de los cirróticos debido al mejor tratamiento de la insuficiencia hepatocítica (3, 4, 7, 8).

El hígado está deformado, aumentado de tamaño y presenta relieves debido a los nódulos tumorales de diferente tamaño que pueden estar uniformemente diseminados por todo el parénquima hepático (1, 2).

La extensión tumoral directa puede provocar oclusión de los canales biliares, diseminación peritoneal e invasión del diafragma.

Los ganglios linfáticos regionales están generalmente invadidos y el hepatoma infiltra en forma característica a las venas supra hepáticas y porta, con diseminación local al pán-

Instituto de Neurología de la Facultad de Medicina. Hospital de Clínicas. Montevideo.

creas y lejana a los pulmones y al esqueleto (2). Las metástasis se asemejan al tumor primitivo y pueden segregar bilis.

En la mayoría de los pacientes el hepatoma se manifiesta por hepatomegalia, hipertensión portal con esplenomegalia, ascitis o hemorragia gastrointestinal, adelgazamiento y fiebre (3, 5, 6). Como estos signos son también los de la cirrosis descompensada, el diagnóstico puede resultar extremadamente difícil o incluso imposible en pacientes cirróticos conocidos (8, 9).

En algunos pocos casos el hepatoma se manifiesta inicialmente por metástasis esqueléticas o pulmonares (2).

OBSERVACION CLINICA

Se trata de un paciente de 59 años, de sexo masculino, etilista crónico de mediana entidad, portador de una cirrosis compensada, con hepatoesplenomegalia, que presenta desde el mes de marzo de 1978, dolor en región glútea izquierda que rápidamente se torna bilateral, acompañado de trastornos esfinterianos con disuria y polaquiuria. Poco después se agrega dolor en periné anterior y posterior y tenesmo rectal. El dolor adquiere las características de una ciática bilateral.

El 16 de mayo de 1978 presenta al examen fuerzas conservadas en los miembros inferiores, reflejos rotulianos vivos y reflejos aquilianos débiles, cutáneo-abdominales presentes, Lasègue bilateral a 30 grados e insinúa una anestesia en silla de montar.

La radiografía simple de columna lumbosacra es normal (fig. 1). La punción lumbar demuestra una disociación albúmino - citológica con una proteinorrea de 0,90 % y 4 elementos.

El 30 de mayo, se realiza una mielografía en el Interior que muestra una compresión de tipo extradural a nivel de L. 5 - S. 1 y otra a nivel L. 4 - L. 5 (fig. 2).

Fue interpretado como una probable hernia discal doble L. 4 - L. 5 y L. 5 - S. 1 y enviado a Montevideo.

El 10 de junio, el examen clínico revela un paciente adelgazado, con regular estado general, icterico, con un dolor ciático bilateral permanente que se exacerba con los esfuerzos a glotis cerrada y las maniobras de elongación de los nervios ciáticos. Presenta además dolor espontáneo y a la percusión a nivel de columna lumbosacra. Se palpa una hepatomegalia de 4 traveses de dedo, dolorosa.

Los exámenes de laboratorio demuestran una moderada insuficiencia hepatocítica.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 23 de agosto de 1978.

Profesor Adjunto de Neurocirugía, Ex - Profesor Agregado de Medicina, Ex - Jefe del Laboratorio de Anatomía Patológica del Instituto de Neurología, Profesor Adjunto de Anatomía Patológica, Asistente de Neurocirugía y Profesor de Medicina Nuclear, Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Rambla República del Perú 1043, Montevideo (Dr. P. Benedek).



FIG. 1.— Radiografía simple de columna lumbosacra (frente).

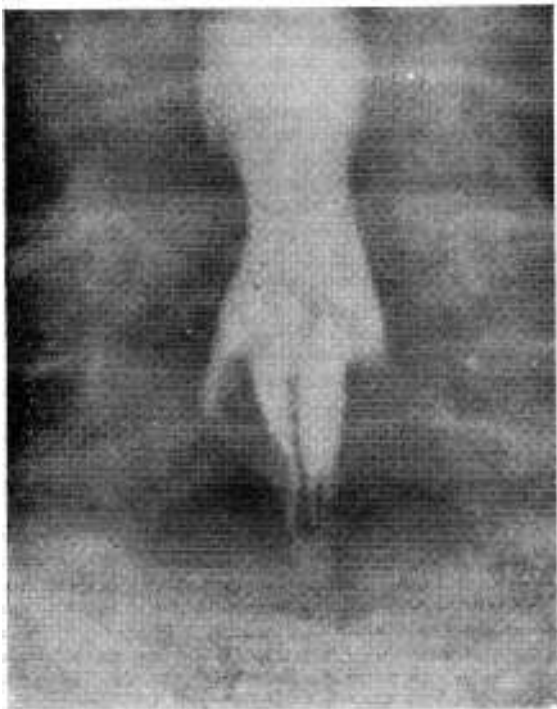


FIG. 2.— Mielografía. Compresión extradural L. 4 - L. 5 y L. 5 - S. 1.

El 12 de junio, se realiza una segunda mielografía que confirma la existencia de una compresión de tipo extradural a nivel L. 4 - L. 5, mediana y anterior (fig. 3).

Operación. Con diagnóstico de compresión de cola de caballo por probable metástasis raquídea a nivel L. 4 - L. 5 se opera el 15 de junio de 1978 comprobándose una gruesa geoda en el sacro del lado derecho a través de la cual asoma un tejido tumoral amarillento y friable. Una amplia laminectomía bilateral de L. 4, L. 5 y S. 1 permite exponer el saco dural recubierto de tejido tumoral.

Anatomía Patológica. En los fragmentos óseos se observa una densa infiltración por un tumor metastásico (fig. 4) compuesto de células grandes, de citoplasma granuloso, bien limitado, con elementos binucleados de núcleo leptocromático, algunos nucleolados, con franca tendencia a la disposición trabecular, lo que sugiere su origen en un tumor primitivo de parénquima hepático. Existen atipias celulares y regular cantidad de figuras de mitosis (fig. 5).

En resumen: Tejido óseo infiltrado por un tumor metastásico con los caracteres probables de un *hepatocarcinoma (hepatoma)*.

Post - Operatorio. En el postoperatorio el paciente refiere alivio inmediato de la ciática y desaparecen los trastornos urinarios.

El 4 de julio de 1978, se efectúa un centellograma hepático con Tecnecio radioactivo por vía endovenosa, que muestra un "aumento del área de proyección del hígado a expensas de ambos lóbulos.

El radiocoloide es captado en forma irregular por el estroma hepático, existiendo varias áreas hiporadiactivas en ambos lóbulos, con franco predominio en el derecho. Se observa también aumento del área de proyección del bazo (figs. 6, 7 y 8).



FIG. 3.— Mielografía. Compresión extradural L. 4 - L. 5.

Un centellograma del pool sanguíneo hepático con Indio transferrina demuestra que las lesiones focales hiporradiactivas comprobadas en el centellograma hepático presentan un grado de vascularización similar al del parénquima hepático aparentemente sano (figs. 9 y 10).



FIG. 4.— Histopatología. Proliferación tumoral metastática.

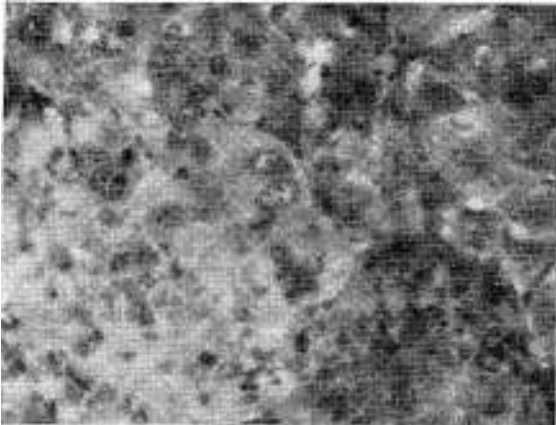


FIG. 5.— Histopatología. Células tumorales multinucleadas.



FIG. 6.— Centellograma hepático. Vista anteroposterior. Areas hiporradiactivas.

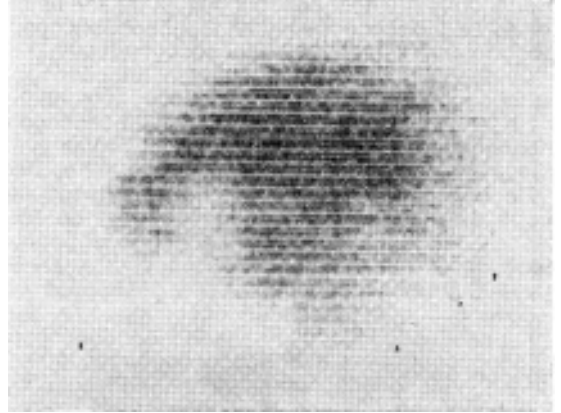


FIG. 7.— Centellograma hepático. Vista lateral derecha. Areas hiporradiactivas.

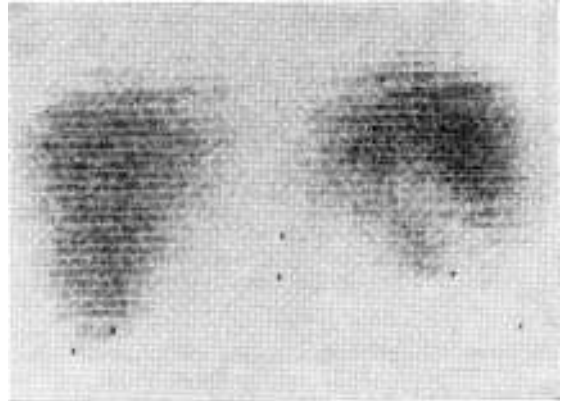


FIG. 8.— Centellograma hepático. Vista posteroanterior. Area hiporradiactiva hepática. Esplenomegalia.

En suma: Hepatomegalia. Múltiples procesos expansivos vascularizados en el hígado. Por el grado de vascularización de las lesiones se corresponden con el modelo del hepatocarcinoma múltiple.

Dos meses después de la operación el paciente está prácticamente sin dolor raquídeo ni ciático y con buena funcionalidad esfinterina.

Se le administra una serie de 5 gramos de 5 - Fluor - Uracilo por vía endovenosa, lo que logra reducir clínicamente la hepatomegalia.

En setiembre de 1978, presenta retención de orina. En diciembre aumenta nuevamente la hepatomegalia y presenta ascitis. Se le administra una segunda serie de 5 - Fluor - Uracilo, pero el paciente fallece en enero de 1979.

DISCUSION

El hepatocarcinoma (hepatoma) es un tumor de muy baja incidencia en el mundo occidental, pero constituye uno de los neoplasmas más frecuentes en los continentes africano y asiático (4, 7, 10). Solamente la raza caucásica se ve relativamente libre de esta afección.

Dos tercios a tres cuartas partes de los hepatomas se observan en pacientes cirróticos, particularmente cirrosis de tipo post-necrótico.

La incidencia del hepatoma en los cirróticos es de aproximadamente 5 %.

Se trata de un tumor con marcada tendencia metastasiante, en particular a nivel de los ganglios regionales y de los pulmones (5, 7, 9, 10).

En las grandes series de la literatura, las metástasis óseas ocupan el tercer lugar en frecuencia en la diseminación, ocupando el primer lugar las metástasis pulmonares y el segundo lugar las metástasis ganglionares regionales (1, 4, 5).

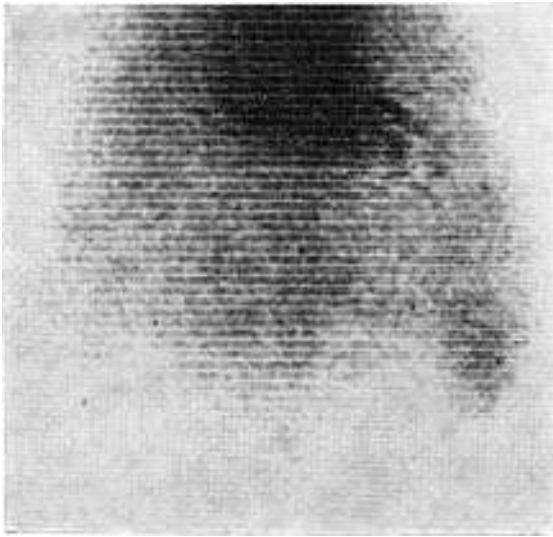


FIG. 9.—Pool sanguíneo hepático. Vista anteroposterior. Distribución uniforme del pool.

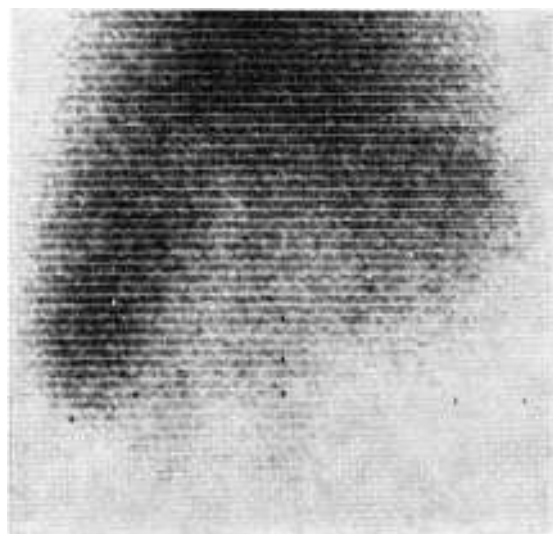


FIG. 10.—Pool sanguíneo hepático. Vista posteroanterior. Distribución uniforme del pool. No se visualiza el área hiporradiactiva del lóbulo derecho que demuestra el centellograma hepático.

En una serie necrótica (5) se comprobaron 84 hepatomas y 467 cirrosis en 10.211 autopsias efectuadas entre los años 1969 y 1973. En el 32 % de los pacientes con hepatoma se comprobaron metástasis, distribuidas de la siguiente manera:

Pulmones	14 %
Ganglios	9 %
Esqueleto	7 %
Suprarrenales	3,5 %
Páncreas	2,3 %
Bazo	2,3 %
Vesícula	2,3 %
Retroperitoneo	1,1 %
Mediastino	1,1 %
Pericardio	1,1 %

Por lo tanto, esta observación clínica corresponde a uno de los raros casos de hepatoma descritos en el Uruguay, cuya manifestación clínica inicial fue una compresión extradural de cola de caballo por una metástasis raquídea lumbosacra. La anatomía patológica de la pieza operatoria permitió hacer el diagnóstico de hepatoma en un paciente portador de una cirrosis.

RESUME

Métastase rachidienne d'hépatome

Les auteurs présentent un cas d'hépatocarcinome dans un patient cirrhotique ayant comme manifestation initiale une compression de la queue de cheval due à une métastase rachidienne lombosacrée.

SUMMARY

Spinal metastasis of hepatoma

The authors present a case of disseminated hepatocarcinoma (hepatoma) in a cirrhotic patient with a cauda equina compression syndrome due to a spinal extradural metastasis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BECKER FF. Hepatoma - nature's model tumor. *Amer J Path*, 74: 179, 1974.
2. BEESON PB, MC DERMOTT W. Cecil - Loeb Textbook of Medicine. 11th ed. Philadelphia. W. B. Saunders, 1963, p. 1045.
3. CASTLEMAN B, SCULLY RE, MC NEELY BV. Case records of the Massachusetts General Hospital. *N. Engl J Med*, 288: 1230, 1973.
4. EL-DOMEIRI AA, HUVOS AG, GOLDSMITH HS, FOOTE FW. Primary malignant tumors of the liver. *Cancer (Philad.)*, 27: 7, 1971.
5. FREY P, SCHMID M, KNOBLAUCH M. Klinische Aspekte des Hepatokarzinoms. *Dtsch Med Wschr*, 100: 32, 1975.
6. IHDE DC, SHERLOCK P, WINAWER SJ, FORTNER JG. Clinical manifestations of hepatoma. *Am J Med*, 56: 83, 1974.
7. KAY ChJ. Primary hepatic cancer. *Arch Intern Med*, 113: 46, 1964.
8. MARGOLIS S, HOMCY Ch. Systemic manifestations of hepatoma. *Medicine (Baltimore)*, 51: 381, 1972.
9. MOREAUX J, VEYRIERES M, HEPP J. Le cancer primitif du foie chez l'adulte. *Nouv Presse Med*, 1: 1139, 1972.
10. SABISTON DC Jr. Davis-Christopher Textbook of Surgery. 10th ed. Philadelphia. W. B. Saunders, 1972, p. 1053.