

Metástasis cutáneas múltiples de carcinoma hepatocelular como primer signo de recidiva tumoral en paciente trasplantado

Multiple Cutaneous Metastases From Hepatocellular Carcinoma as the First Sign of Tumor Recurrence in a Transplant Patient

Sr. Director:

Las metástasis cutáneas pueden ser la primera manifestación de una neoplasia interna. El carcinoma hepatocelular (CHC) es una causa infrecuente de metástasis cutáneas, cuya presentación clínica es variable¹. En estos pacientes la presencia de metástasis cutáneas conlleva un pronóstico sombrío, con una posibilidad incrementada de metástasis en otras localizaciones y una supervivencia media inferior a 5 meses^{2,3}. En esta carta desarrollamos el caso de un varón de 57 años trasplantado hepático que desarrolló metástasis cutáneas múltiples como primer signo de recidiva de un CHC.

Varón de 57 años de edad, con los antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 y trasplante hepático por una cirrosis hepática postetélica complicada con un CHC. Desde la intervención había realizado controles periódicos en la Unidad de Hepatología con buena función del injerto y sin evidencia de recidiva tumoral. A los 7 meses postrasplante consultó por unas lesiones asintomáticas y de rápido crecimiento en el cuero cabelludo y en la región supraclavicular izquierda, que presentaba desde hacía varias semanas. En la exploración se objetivaron tres lesiones tumorales eritemato-violáceas de entre 1 y 2 cm de diámetro, de consistencia dura y límites bien definidos, en la región parieto-temporal derecha (fig. 1A) y supraclavicular izquierda (fig. 1B). Algunas de ellas presentaban una pequeña erosión central y un importante componente vascular (fig. 1C).

El estudio histopatológico de las lesiones mostró una proliferación de células neoplásicas a nivel de la dermis que se disponían formando trabéculas, alvéolos y adoptando en algunas zonas un patrón pseudoglandular (fig. 2). Se trataba de células cuboidales, con citoplasma granular y núcleo hiper cromático, con un intenso pleomorfismo celular. Tam-

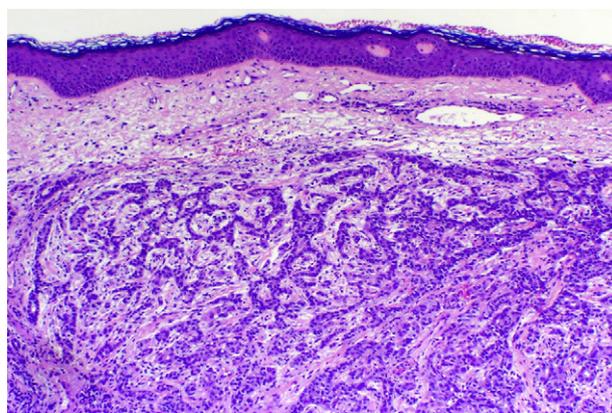


Figura 2 Proliferación de células neoplásicas a nivel de la dermis que se disponen formando trabéculas, alvéolos y adoptando en algunas zonas un patrón pseudoglandular (hematoxilina-eosina, x100).

bién se apreciaban algunas figuras de mitosis. Las células tumorales mostraron inmunorreactividad para citoqueratina AE1-AE3, alfa-fetoproteína y marcador de hepatocitos (*hepatocyte*). El conjunto de hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos fueron compatibles con el diagnóstico de metástasis cutáneas de CHC.

Dos semanas después de la confirmación histológica de las metástasis cutáneas el paciente acudió a Urgencias por un cuadro de tres días de evolución consistente en tos con expectoración blanquecina y dolor en la base de ambos hemitórax. En la radiografía de tórax se apreció una radioopacidad mal delimitada a nivel basal derecho (fig. 3A). Dados los antecedentes del paciente se realizó una TAC que confirmó la presencia de una gran masa de 4,3 cm en el lóbulo inferior derecho, así como múltiples nódulos pulmonares y afectación de ganglios mediastínicos (fig. 3B). También se objetivaron metástasis intrahepáticas, perirrenales y adrenales (fig. 3C), subcutáneas y en el tejido muscular. Un mes más tarde acudió de nuevo a Urgencias por un cuadro de desorientación y crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas. En la RM cerebral se objetivó una prominencia del plexo coroideo izquierdo con presencia de una imagen de morfología irregular hipercaptante, compa-

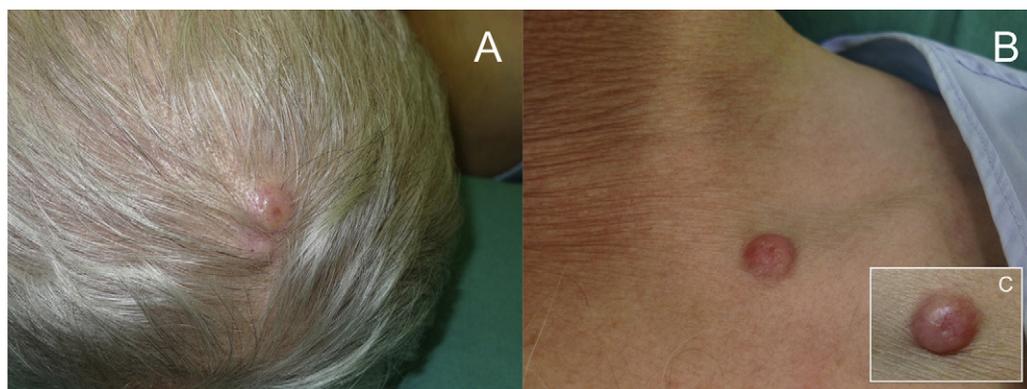


Figura 1 A. Lesiones tumorales eritemato-violáceas de límites bien definidos en la región parieto-temporal derecha. B. Lesión de similares características en la región supraclavicular izquierda. C. Imagen ampliada de la figura B que permite apreciar una pequeña erosión central y el importante componente vascular de la lesión.

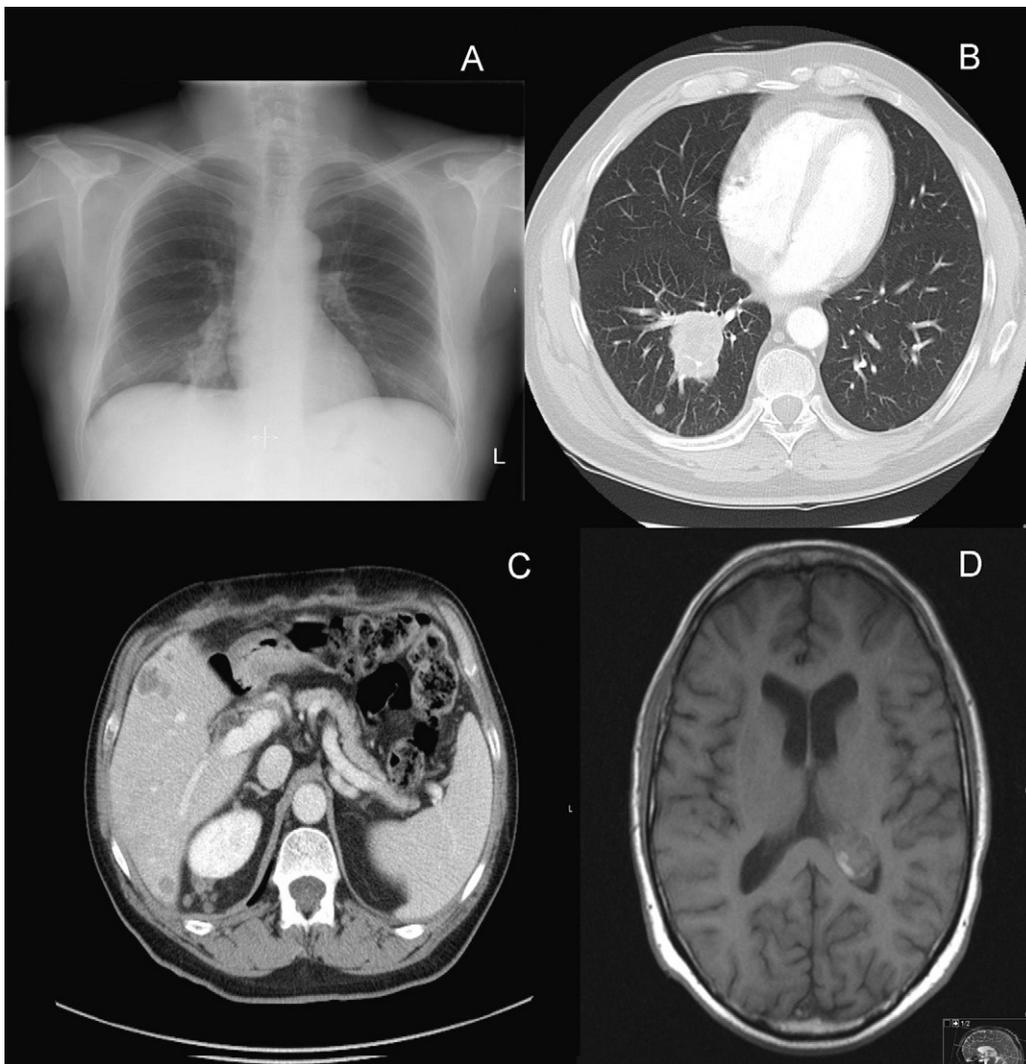


Figura 3 A. Radiografía de tórax antero-posterior en la que se aprecia una radioopacidad mal delimitada a nivel basal derecho. B. TAC torácica que muestra una gran masa de 4,3 cm en el lóbulo inferior derecho y otros nódulos pulmonares de menor tamaño. C. TAC abdominal que muestra metástasis intrahepáticas, tanto a nivel perirrenal como adrenal derecho. D. RM cerebral de corte axial en la que se aprecia prominencia del plexo coroideo izquierdo con presencia de imagen de morfología irregular hipercaptante, compatible con lesión metastásica.

tible con lesión metastásica (fig. 3D). Finalmente, tras un deterioro general progresivo, se produjo el fallecimiento del paciente tan solo 6 semanas después del diagnóstico de las metástasis cutáneas.

El CHC es el tumor maligno primario más frecuente del hígado y su incidencia se está incrementando en los últimos años. Sin embargo, las metástasis cutáneas por CHC son muy poco frecuentes, representando entre el 0,2 y el 2,7% de todas las metástasis cutáneas⁴. Parte de su interés radica en el hecho de que pueden ser la primera manifestación de la enfermedad⁵ o, como en nuestro caso, de la recidiva del tumor primario.

Las metástasis cutáneas por CHC se producen con mayor frecuencia en varones mayores de 50 años, generalmente en la sexta década de la vida¹. Se trata de lesiones indoloras, de rápido crecimiento y habitualmente únicas. La localización más frecuente es la cabeza (sobre todo la cara), seguida del tórax, el abdomen y las extremidades. La apariencia clínica es variable, pero normalmente son lesiones de consistencia

firme, rojo-azuladas o violáceas, de 1 a 5 cm de diámetro y no ulceradas^{1,4-6}. También se pueden presentar como lesiones necróticas o purulentas, o con un aspecto similar al de un granuloma piogénico⁷.

Se han comunicado⁸ tres mecanismos diferentes por los que un tumor hepático puede llegar a producir metástasis cutáneas: crecimiento en continuidad desde el parénquima hepático; diseminación sistémica de la enfermedad; y la implantación o siembra tumoral tras la manipulación de la lesión por diferentes mecanismos diagnósticos o terapéuticos.

El diagnóstico histopatológico será posible cuando un elemento hepatocelular esté presente; es decir, si parte del tumor muestra producción biliar, canalículos biliares intercelulares o un patrón de crecimiento trabecular¹. Desde el punto de vista inmunohistoquímico, la aparición del anticuerpo monoclonal para las mitocondrias de hepatocitos (*hepatocyte*) ha supuesto una importante ayuda para el diagnóstico de los tumores poco diferenciados⁸.

La presencia de metástasis cutáneas de CHC conlleva un especial mal pronóstico, condicionando una probabilidad incrementada de metástasis en otras localizaciones y una supervivencia media inferior a 5 meses^{2,3}. En el presente caso destaca el hecho de que el dermatólogo puede ser el especialista que detecte en primer lugar la recidiva de esta neoplasia interna, cuando en otras localizaciones las metástasis o no se han producido, o no generan clínica.

Bibliografía

1. Magaña M, Gomez LM. Skin metastasis from hepatocarcinoma. *Am J Dermatopathol.* 2009;31:502–5.
2. Asselah T, Condat B, Cazals-Hatem D, Hassani Z, Bernuau J, Groussard O, et al. Ectopic hepatocellular carcinoma arising in the left chest wall: a long-term follow-up. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2001;13:873–5.
3. Okusaka T, Okada S, Ishii H, Nose H, Nagahama H, Nakasuka H, et al. Prognosis of hepatocellular carcinoma patients with extra-hepatic metastases. *Hepatogastroenterology.* 1997;44:251–7.
4. Amador A, Monforte NG, Bejarano N, Martí J, Artigau E, Navarro S, et al. Cutaneous metastasis from hepatocellular carcinoma as the first clinical sign. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2007;14:328–30.
5. Royer MC, Rush WL, Lupton GP. Hepatocellular carcinoma presenting as a precocious cutaneous metastasis. *Am J Dermatopathol.* 2008;30:77–80.
6. Wood AJ, Lappinga PJ, Ahmed I. Hepatocellular carcinoma metastatic to skin: diagnostic utility of antihuman hepatocyte antibody in combination with albumin in situ hybridization. *J Cutan Pathol.* 2009;36:262–6.
7. Kubota Y, Koga T, Nakayama J. Cutaneous metastasis from hepatocellular carcinoma resembling pyogenic granuloma. *Clin Exp Dermatol.* 1999;24:78–80.
8. Martínez Ramos D, Villegas Cánovas C, Senent Vizcaino V, Rodríguez Pereira C, Escrig Sos J, Ángel Yepes V, et al. Implante subcutáneo de un carcinoma hepatocelular tras la punción aspiración con aguja fina. *Rev Esp Enferm Dig.* 2007;99:354–7.

J. Alonso-González*, D. Sánchez-Aguilar y J. Toribio
Departamento de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario, Facultad de Medicina, Santiago de Compostela, España

* Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: julio.alonso.gonzalez@gmail.com
 (J. Alonso-González).

doi:10.1016/j.ad.2011.06.010

Lipomatosis encefalocraneocutánea y didimosis aplasticopsilolípára

Encephalocraniocutaneous Lipomatosis and Didymosis Aplasticopsilolípára

Sr. Director:

El nevus psilolípáro se observa clínicamente como un área de alopecia nítidamente demarcada, oval o redondeada, de superficie lisa localizada en la región parietal o frontoparietal y corresponde histológicamente a una lesión cutánea con folículos pilosos rudimentarios y cuerdas de tejido adi-

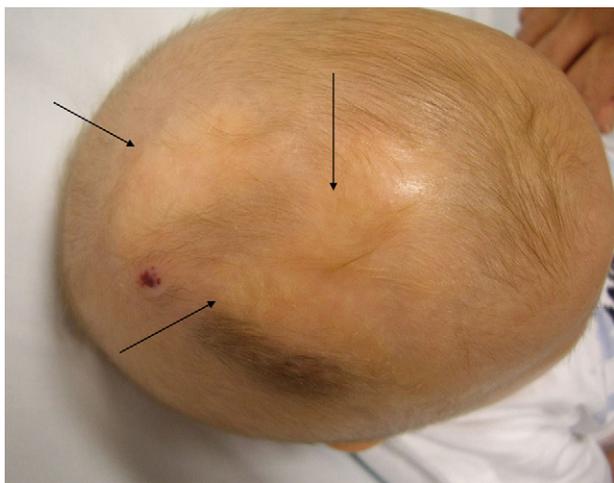


Figura 1 Nevus psilolípáro adyacente a una lesión de aplasia cutis congénita.

poso que penetran en la dermis. Este nevus es el principal marcador de la lipomatosis encefalocraneocutánea (LECC) o síndrome de Haberland^{1–5}; no obstante, se han descrito dos casos de nevus psilolípáro sin afectación neurológica ni ocular². La LECC es una forma muy poco frecuente de síndrome neurocutáneo que se caracteriza clínicamente por hamartomas lipomatosos en la cara y el cuero cabelludo, alteraciones oculares y malformaciones del sistema nervioso central ipsilaterales. Presentamos el caso de un neonato con un nevus psilolípáro y una lesión de aplasia cutis congénita (ACC) en el cuero cabelludo— asociación descrita como una didimosis aplasticopsilolípára— asociado a lesiones oculares (quistes lipodermoides y coloboma), quiste aracnoideo temporal derecho y coartación de la aorta.

El paciente era un neonato de 6 días, primer hijo de padres sanos no consanguíneos, que nació a término tras un embarazo y parto eutócico vaginal sin incidencias. La exploración física revelaba en la región parieto-frontal derecha un área depilada, bien delimitada, de consistencia blanda



Figura 2 Dos quistes lipodermoides en el párpado superior derecho.