

Metástasis cutánea de hepatocarcinoma tras procedimientos percutáneos



Cutaneous Metastasis From Hepatocellular Carcinoma After a Percutaneous Interventional Procedure

Sr. Director:

Las metástasis cutáneas en el hepatocarcinoma (HC) son muy infrecuentes, representando el 0,8% de todas las metástasis cutáneas según una serie publicada¹. En su etiopatogenia, la iatrogenia parece ser la causa más frecuente, bien a través de la siembra en el trayecto de la aguja tras la realización de procedimientos percutáneos o por implantación en la piel durante la cirugía².

Presentamos un varón de 35 años con antecedentes de infección crónica por VHC en estadio de cirrosis y, posteriormente, diagnosticado de hepatocarcinoma, que fue tratado con ablación por radiofrecuencia y etanolización percutánea simultáneas. Un año después del procedimiento consulta por un nódulo subcutáneo localizado en el costado derecho (fig. 1). La lesión parecía coincidir con la zona de trayecto de la radiofrecuencia. La tomografía computarizada solicitada mostraba la existencia de una gran lesión en la pared abdominal lateral derecha compatible con progresión del hepatocarcinoma, además de múltiples masas metastásicas intrahepáticas (fig. 2). La biopsia cutánea demostró que la lesión cutánea era una metástasis de su hepatocarcinoma (fig. 3). Desestimado el tratamiento quirúrgico y la quimioembolización por el tamaño de la lesión, el paciente recibió tratamiento con quimioterapia (sorafenib) y radioterapia sobre el área cicatricial, aunque finalmente falleció a los 5 meses del diagnóstico de la metástasis cutánea.

En el manejo del HC los procedimientos intervencionistas percutáneos juegan un papel muy importante, siendo su uso muy extendido^{3,4}. Los procedimientos más importantes son las biopsias por aspiración con aguja fina, la terapia con inyección de etanol percutáneo y la ablación por radiofrecuencia^{3,4}. En general se consideran procedimientos seguros puesto que, aunque se han descrito diversas complicaciones asociadas, estas son poco frecuentes, en la mayoría



Figura 1 Nódulo subcutáneo en costado derecho.

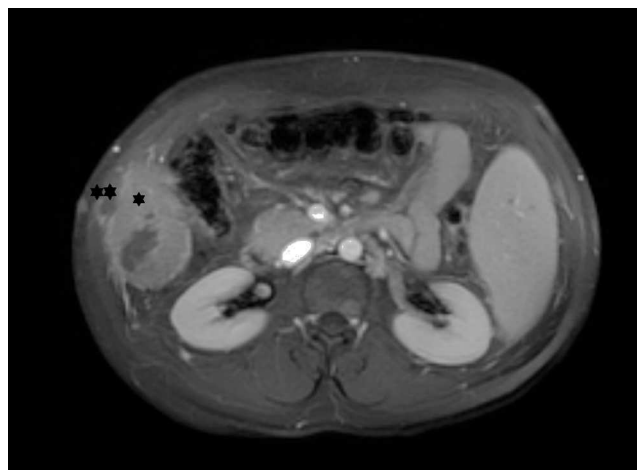


Figura 2 Resonancia magnética nuclear (T1 con saturación grasa + gadolinio). Lesión metastásica a nivel de la pared abdominal lateral derecha adyacente al polo hepático inferior (*) con afectación cutánea (**).

de los casos se pueden manejar de manera conservadora y la tasa de mortalidad es baja^{3,4}.

Una excepción a este hecho es la siembra tumoral del HC a través del trayecto de punción. Aunque se trata de una complicación muy rara, puede ocurrir a lo largo del seguimiento de estos pacientes, modificando el pronóstico de los mismos⁴. Estos implantes suelen aparecer como uno o pocos nódulos, redondos u ovalados, a lo largo del trayecto de la aguja de punción, desde el intraperitoneo hasta la piel o el tejido subcutáneo, a través de los músculos abdominales o intercostales⁴.

La incidencia de la siembra tumoral, de forma global atendiendo a todas las técnicas, oscila entre el 0-5,1%, siendo en la mayoría de estudios inferior al 2%⁵, con ligeras variaciones en función de la técnica empleada⁴.

En relación con el mecanismo por el cual se diseminan las células tumorales a través del trayecto de punción se han planteado varias hipótesis. En primer lugar por adhesión de las células tumorales viables a la aguja, desprendiéndose

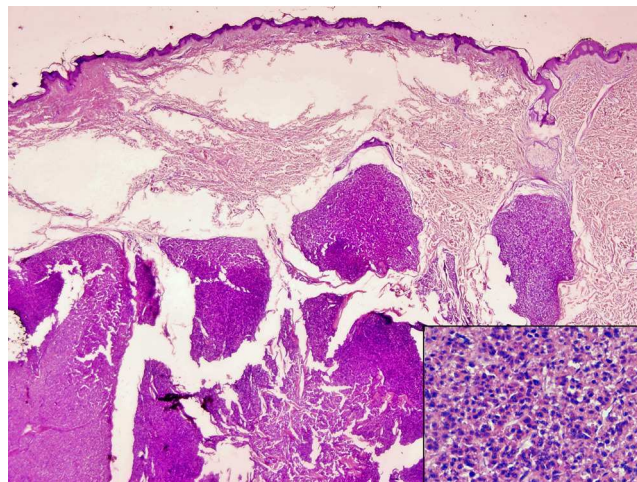


Figura 3 Biopsia excisional cutánea (H&E x 40). Infiltración dérmica y tejido adiposo por hepatocarcinoma. Contacta con margen quirúrgico profundo.

durante la salida de la misma. En segundo lugar, por reflujo de sangre u otros fluidos a través del trayecto de la aguja, llevándose consigo algunas de estas células tumorales hacia la superficie de la piel. Y, por último, debido a un aumento súbito de la presión intratumoral, como suele ocurrir en el desarrollo de la radiofrecuencia⁴.

Dado que muchos de estos pacientes se encuentran en un estado terminal cuando las lesiones aparecen, se suele optar por una actitud conservadora en la mayoría de los casos. Sin embargo, la resección quirúrgica se ha llevado a cabo en algunas ocasiones. Cuando esto no es posible ya sea por enfermedad avanzada, *performance status* bajo u otras circunstancias, la radioterapia parece ser una alternativa razonable².

Como conclusión, la siembra tumoral a través del trayecto de la aguja en el transcurso de procedimientos percutáneos, si bien sucede excepcionalmente, representa la forma más frecuentemente implicada en la producción de metástasis cutánea en el caso del hepatocarcinoma.

Bibliografía

1. De Agustín P, Conde E, Alberti N, Pérez-Barrios A, López-Ríos F. Cutaneous metastasis of occult hepatocellular carcinoma: A case report. *Acta Cytol.* 2007;51:214–6.
2. Tezcan Y, Koc M. Hepatocellular carcinoma with subcutaneous metastasis of the scalp. *Radiol Oncol.* 2011;45:292–5.
3. Ahn DW, Shim JH, Yoon JH, Kim CY, Lee HS, Kim YT, et al. Treatment and clinical outcome of needle-track seeding from hepatocellular carcinoma. *Korean J Hepatol.* 2011;17:106–12.
4. Chang S, Kim SH, Lim HK, Kim SH, Lee WJ, Choi D, et al. Needle tract implantation after percutaneous interventional procedures in hepatocellular carcinomas: Lessons learned from a 10-year experience. *Korean J Radiol.* 2008;9:268–74.
5. Tung WC, Huang YJ, Leung SW, Kuo FY, Tung HD, Wang JH, et al. Incidence of needle tract seeding and responses of soft tissue metastasis by hepatocellular carcinoma postradiotherapy. *Liver Int.* 2007;27:192–200.

F.J. de León*, M.M. Blanes, M.P. Albares
y L. Berbegal

Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjlmarrero1@gmail.com (F.J. de León).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.10.014>

Dermoscopic characterization of longitudinal melanocytic lesions on acral skin



Caracterización dermatoscópica de lesiones melanocíticas longitudinales sobre la piel acral

Acquired melanocytic nevi usually exhibit an oval or round shape on all body skin surfaces. Although this morphology is also the most frequent among nevi localized on the sole of the foot, we have observed a group of lesions in this location with a marked disproportion between width and length. This particular appearance has not been previously described, and it could be mistaken for malignancy. We present a series of 9 patients with elongated plantar nevi and discuss their main clinical, dermoscopic and histopathological features. Interestingly, all the lesions presented with a linear appearance, with a length greater than 7 mm. Although this measurement has been considered highly suggestive of suspicious malignant lesions in the literature, we have only found one melanoma among our cases. We would like to highlight the importance of this particular presentation of acral melanocytic nevus to avoid an incorrect diagnosis of malignancy.

We describe the clinical and dermoscopic characteristics of nine patients with a clinical diagnosis of melanocytic sole nevi who presented between 2007 and 2013 at the Pigmented Lesion Unit of the Dermatology Department of the General Hospital of Alicante (Fig. 1). The dermoscopic evaluation was performed by DermLite Foto™ (3Gen, LLC, Dana Point, CA, U.S.A.) mounted on a digital camera (Canon

G9 and G12™) and with a digital videodermoscope (Mole-Max II™). Melanocytic lesions with suspicious clinical or dermoscopic features were excised and histopathologically evaluated and cases without evidence of malignancy underwent videodermoscopic follow-up. Characteristics of the cases are summarized in Table 1.

The cases included 4 men and 5 women, ranging in age from 10 to 49 years old (median age 21) and all were Caucasian. The median length nevus was 17 mm, while the median width was 3.1 mm. Dermoscopy showed a combination of various types of acral benign dermoscopic patterns (parallel furrow and typical fibrillar patterns) in 8 out of the 9 nevi (Table 1). These melanocytic nevi without dermoscopic signs of malignancy were all closely monitored (every 6 months) by videodermoscopy without evidence of neoplastic transformation. Melanoma *in situ* was detected in one out of ten patients, whose lesion had shown an atypical dermoscopic parallel ridge pattern (Fig. 2). An analysis of the recorded images permitted us to observe a particular disproportion between length and width in these plantar skin nevi. Despite their large size (diameter > 7 mm is considered a dermoscopic criterion of suspicion of malignancy) and asymmetry, we have observed that most nevi with this morphology are benign lesions.

The clinical morphology and histology of melanocytic nevi are conditioned by the anatomical location of the lesions. The pressure supported by plantar skin determines the expression of particular clinical, dermoscopic and histological features, making the diagnosis of plantar melanocytic lesions sometimes difficult in these areas.¹ In the difficult clinical dermoscopic evaluation of pigmented lesions on acral skin, the most useful feature to rule out a melanoma is