

Metàstasi òssia d'hepatocarcinoma. Diagnòstic per PAAF

M. Fibla, L. Barragan, A. Fernandez, S. Martínez

Servei d'Anatomia Patològica. H.U. Joan XXIII. Tarragona

Cas clínic

Home de 61 anys amb antecedents d'evolisme sever, hàbit tabàquic (60cig/d), hipertensió arterial amb tractament farmacològic, angor d'esforç i AVC hemorràgic.

Refereix dolor a nivell d'hemitòrax dret, de característiques pleurítiques, irradiat al braç dret, de 3 setmanes d'evolució.

Es realitza TAC toràcic (Fig. 1) que evidencia lesió lítica a 4^a costella amb extensió a parts toves. Es realitza PAAF de la lesió.

Estudi citològic

En les extensions obtingudes s'observa fons hemàtic amb abundant cel·lularitat constituïda per grups de cèl·lules cohesives i desordenades amb desproporció

nucli-citoplasmàtica, anisonucleosi, nucli vesicular i membrana nuclear irregular, amb nuclèol prominent i citoplasma ampli, granular i ben definit. S'acompanyen de nombroses estructures vasculares. S'emet el diagnòstic de: **Positiu per a cèl·lules malignes, compatible amb carcinoma** (Fig. 2-3).

Al mateix temps es realitza TAC abdominal que demostra signes d'hepatopatia crònica amb hipertensió portal, i múltiples lesions focals hepàtiques, compatibles amb Hepatocarcinoma multifocal.

S'orienta el pacient com hepatocarcinoma multifocal estadi C de la BLCL, Child A, amb afectació òssia en 4^a costella dreta, varius esofàgiques grau 1 i hipertensió portal, secundari a hepatopatia crònica enòlica. S'indica radioteràpia pal·liativa antiàlgica local.

Als 4 mesos ingressa per fractura de maluc esquerra, realitzant-se reducció oberta, osteosíntesi i legrat, amb biòpsia òssia que es diagnostica de metàstasi d'hepatocarcinoma.

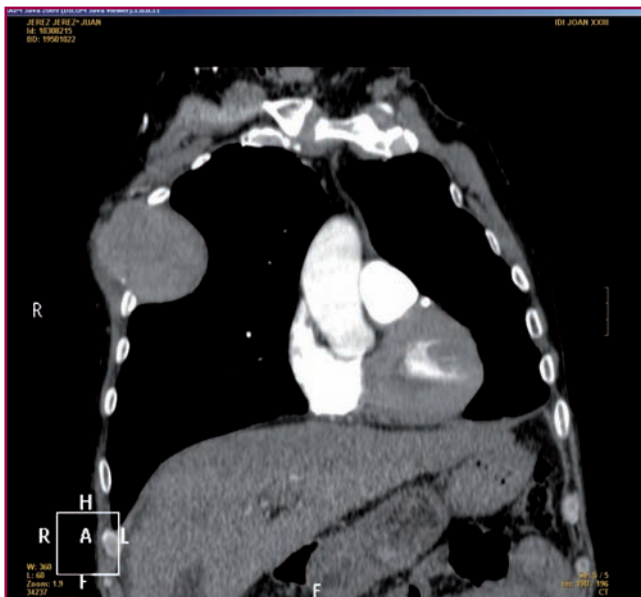


Figura 1.

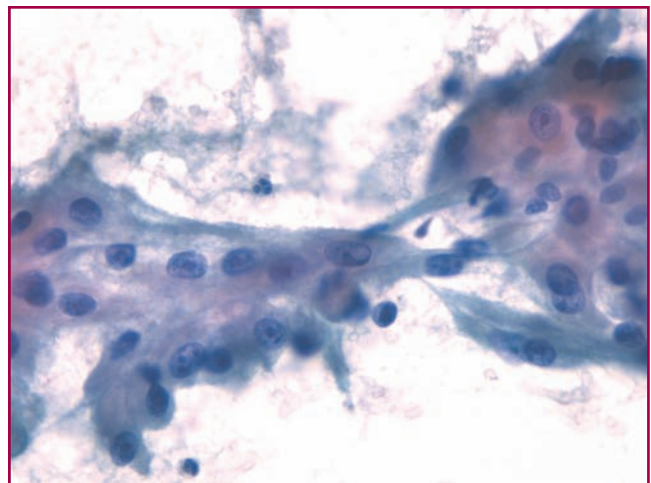


Figura 2.

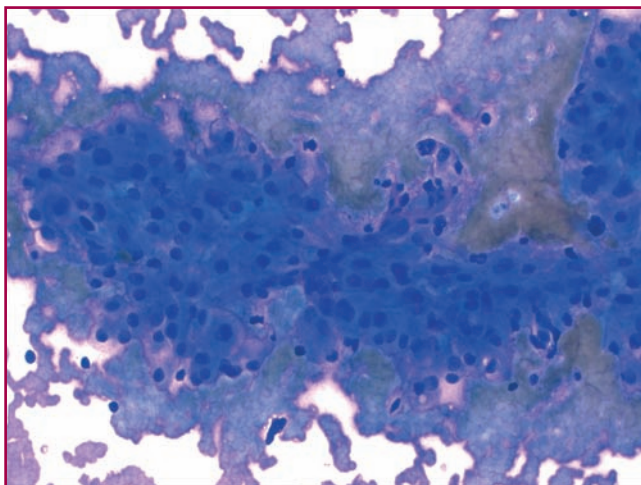


Figura 3.

Discussió

Els tumors de la paret toràcica primaris o metastàtics conformen l'1% de totes les neoplàsies¹ i poden afectar a l'ós, articulacions o parts toves.

Els tumors primaris que amb major freqüència metastatitzen a aquesta localització són els d'origen mamari, tiroides i renals. És menys comú que ho facin els de pulmó, fetge, pròstata i tracte gastrointestinal².

La manifestació clínica inicial de l'hepatocarcinoma com a metastasi òssia simptomàtica és molt inhabitual. Quan l'hepatocarcinoma dona metastasis òssies es localitza, amb major freqüència a nivell espinal, crani i paret toràcica (costelles), com en el nostre cas.

En la majoria de casos les lesions són osteolítiques³. La disseminació metastàtica es produeix per la circulació pulmonar o bé pel plexe venós vertebral.

L'hepatocarcinoma té un curs agressiu. La supervivència a 5 anys és entre l'1 i el 4'5%⁵.

En casos inoperables o amb un risc incrementat d'hemorràgia que contraindica la realització de la biòpsia hepàtica, la PAAF de les lesions metastàtiques adquireix gran rellevància en el diagnòstic d'aquests pacients.

Bibliografia

1. Carbognani P, Spaggiari L, Rusca M, Cattelani L, Valente M, Bobbio P. Tumors of the thoracic wall. Our experience. *Acta Biomed Ateneo Parmense* 1994; 65: 29-34.
2. Toussiroit E, Gallinet E, Augé B, Villat L, Wendling D. Anterior chest wall malignancies. *Ver Rhum* 1998; 65: 397-405.
3. Soysal O, Garret LW, Lesbitt JC, Mc Murtrey MJ, Roth JÁ Putnam JB. Resection of external tumors: extent, reconstruction, and survival. *Ann Thorac Surg* 1995; 60: 1353-1359.
4. Poulton TB, O'Donovan PB. Sternal mass. *Chest* 1994; 106: 575-576.
5. Quereshi SS, Shrikhande SV, Borges AM, Shukla PJ. Chest wall metastases from unknown primary hepatocellular carcinoma. *J Postgrad Med* 2005; 51: 41-42.
6. Budhu As, Zipser B, Forgues M, Ye QH, Sun Z, Wang XW. The molecular signature of metastases of human hepatocellular carcinoma. *Oncology* 2005; 69: 23-27.
7. Smita Suterwala M.D., Emily E. Volk M.D.*, Robert D. Danforth M.D. Aspiration biopsy of osseous metastasis of occult hepatocellular carcinoma: Case report, literature review, and differential diagnosis. *Diagn. Cytopathol.* 25: 63-67, 2001.