

RECIDIVA CUTÁNEA DE HEPATOCARCINOMA TRAS PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA

J.M. Benítez-Cantero¹, M.D. Ayllón-Terán², G. Costán-Rodero¹, J.L. Montero-Álvarez¹, E. Moreno-Rincón¹, A. Reyes-López¹, M. De la Mata-García¹

¹Unidad Gestión Clínica Aparato Digestivo. ²Unidad Gestión Clínica Cirugía General. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen

La punción aspiración con aguja fina (PAAF) es una técnica eficaz en el diagnóstico de lesiones hepáticas; sin embargo, no está exenta de riesgos y el implante de células tumorales de hepatocarcinoma en el trayecto de punción es una complicación bien conocida. Factores como el diámetro de la aguja de punción y el número de pases están directamente relacionados con este riesgo.

Presentamos el caso de un varón con cirrosis hepática y un hepatocarcinoma sobre el que se realizó una PAAF para confirmar el diagnóstico. Tras ser sometido a trasplante hepático, y tres años después de la realización de la PAAF, se objetivó un implante tumoral en la pared abdominal correspondiente al lugar de la punción. Dado el potencial riesgo de siembra, actualmente infraestimada, de este procedimiento, debe limitarse a casos seleccionados. Esto es especialmente importante en pacientes trasplantados, donde se puede producir recidiva tumoral tras el trasplante modificando la supervivencia del paciente.

Palabras clave: Punción-aspiración con aguja fina; hepatocarcinoma; implante subcutáneo; biopsia hepática.

CORRESPONDENCIA

José Manuel Benítez-Cantero
Hospital Universitario Reina Sofía
Servicio de Aparato Digestivo
Avda. Menéndez Pidal s/n. Córdoba.
Teléfono móvil: 645177847
jmbeni83@hotmail.com

Abstract

Fine needle aspiration puncture (FNA) is an effective technique to diagnosis liver tumors, but the biopsy may cause needle-tract implantation from hepatocellular carcinoma (HCC). Factors such as the diameter of the needle puncture and the number of passes are directly related to this risk.

We report a male patient with liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma who was undergone FNA to confirm the diagnosis of HCC. Two years later and following liver transplantation an abdominal wall seeding was found. The risk of seeding is infraestimated and these techniques should be perform in selected patients. This issue is especially important in transplant patients, in which tumor recurrence causes a change in survival after transplantation.

Key words: Fine-needle aspiration puncture; hepatocarcinoma; subcutaneous seeding; liver biopsy.

Descripción del caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 64 años con antecedentes de cirrosis hepática por virus C y una lesión hepática de 4 cm sugestiva de hepatocarcinoma (CHC) con ecografía, aunque la TC y RM hepática no eran concluyentes. Se decide realización de punción aspiración con aguja fina (PAAF) de la lesión bajo control ecográfico para aclarar la naturaleza de la misma, sin derivarse complicaciones del procedimiento. Los resultados fueron compatibles con CHC, por lo que se incluyó en lista activa para trasplante hepático

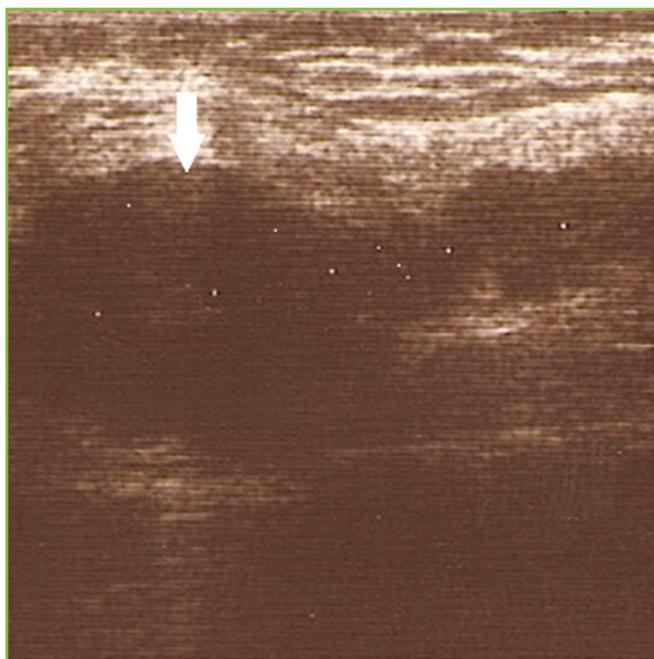


Figura 1

Nódulo hipocogénico de pared abdominal.

llevándose a cabo el mismo pocos meses después. La evolución postrasplante fue buena presentando una adecuada función del injerto hepático y siguiendo los controles habituales.

Dos años después del trasplante (tres años desde la realización de la PAAF) y durante el seguimiento, se detectó en control ecográfico nódulo de pared abdominal, subcostal derecho, hipocogénico, de unos 57 mm con un satélite lateral izquierdo de unos 17 mm que se desarrolló en el trayecto de la punción aspiración (**Figura 1**). Se realizó PAAF ecodirigida de dicho nódulo con histología sugestiva de extensión local de hepatocarcinoma. Se completó estudio de extensión con gammagrafía ósea y TC toracoabdominal que resultaron normales, salvo la lesión de partes blandas de 70x30 mm en los ejes transversal y anteroposterior, localizado subcutáneo en el espesor de la musculatura de la pared abdominal anterior derecha, en región de hipocondrio derecho, junto con pequeño nódulo satélite de 14 mm de diámetro (**Figura 2**). No se objetivaron lesiones en parénquima hepático ni enfermedad metastásica en otro lugar. Con el diagnóstico radiológico de implante tumoral en la pared abdominal tres años después de la PAAF, se llevó a cabo resección quirúrgica de la lesión con resección en bloque de la pared muscular desde cruz de incisión hasta reborde costal derecho. El estudio anatomopatológico fue de recidiva parietal de hepatocarcinoma bien diferenciado.

Discusión

El hepatocarcinoma (CHC) es la sexta neoplasia más frecuente en el mundo¹ y constituye una de las principales causas de muerte en el paciente con cirrosis hepática. Su incidencia está aumentada por la alta prevalencia de la infección por

VHC, la mejora en el tratamiento de las complicaciones de la cirrosis y el desarrollo de las técnicas de imagen durante los programas de vigilancia^{2,3}. Son varios los mecanismos por los que un tumor hepático puede producir lesiones cutáneas metastásicas como son: crecimiento por continuidad desde el parénquima hepático; diseminación sistémica y manipulación sobre la lesión por diferentes procedimientos⁴.

El aumento del riesgo de la siembra en el CHC, definido como la aparición de una nueva neoplasia en el trayecto de punción fuera de la cápsula hepática, viene determinado, fundamentalmente, por la aplicación de procedimientos percutáneos, ya sean diagnósticos o terapéuticos. En cuanto a técnicas diagnósticas, la punción aspiración con aguja fina (PAAF) y biopsia hepática, consideradas inicialmente como parte integral en el manejo diagnóstico del CHC, actualmente no resultan imprescindibles y hace que su uso esté disminuyendo. Aunque el diagnóstico actual del CHC puede realizarse con una sola prueba de imagen (TC o RM) si presenta un comportamiento vascular específico, hipercaptación en fase arterial con lavado en fase venosa^{5,6}; en ocasiones, estos criterios de imagen no son concluyentes y es necesario una muestra histológica de la lesión para confirmar el diagnóstico. Por el contrario, las técnicas percutáneas de tratamiento para el CHC están en pleno auge y entre ellas hay que destacar la ablación por radiofrecuencia, inyección percutánea de etanol... que por el método de abordaje e instrumental empleado hacen que aumenten el riesgo de implantes tumorales microscópicos.

El estudio histológico mediante biopsia hepática o PAAF de cualquier lesión hepática es una técnica sensible y específica para determinar la naturaleza y gravedad de la lesión. La PAAF ecodirigida es una técnica segura y eficaz en el diagnóstico de lesiones focales hepáticas con una alta rentabilidad diagnóstica y escasas complicaciones⁷. Sin

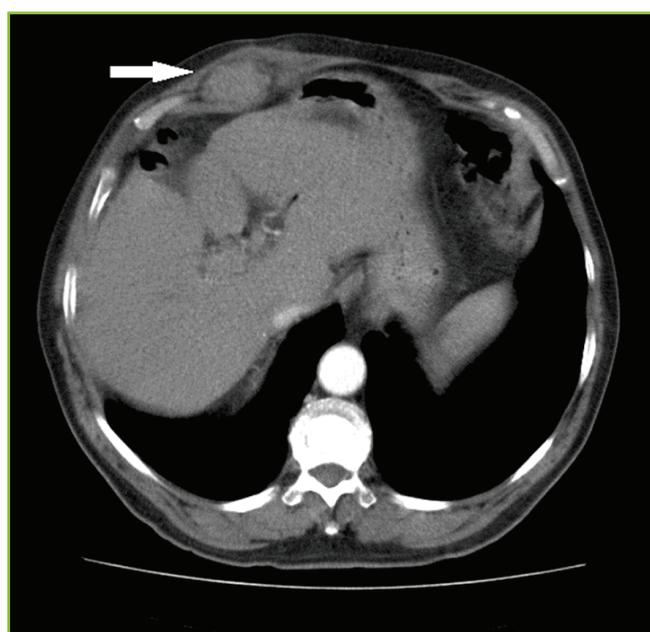


Figura 2

Lesión en espesor de musculatura de pared abdominal.

embargo, esta prueba no está exenta de riesgos y aunque constituyen una complicación rara, los implantes de células tumorales de hepatocarcinoma tras una PAAF han sido descritos^{8,9}. Los mecanismos de siembra durante la punción de lesiones hepáticas sugestivas de CHC son múltiples, como la adhesión de las células tumorales a agujas y electrodos durante su retracción y retirada y su posterior proliferación; el sangrado intratumoral y el aumento de la presión intratumoral que se provoca con la punción favoreciendo el arrastre de células neoplásicas e invasión en el trayecto de punción. Además, la incidencia de esta complicación en el caso del hepatocarcinoma presenta una de las tasas más altas en torno al 0-5,1% comparado con tumores pancreáticos (0,003-0,0017%) y otros tumores abdominales (0-0,3%)¹⁰. Otros trabajos estiman una incidencia global de siembra tras biopsia para el CHC de 2,7%, y una incidencia anual de 0,9%¹¹.

La localización subcutánea de una única metástasis, en el lugar de la punción, apoya el diagnóstico de implante subcutáneo tras PAAF. La escasa sintomatología que producen estas lesiones hace que algunos casos sean inadvertidos y se diagnostiquen tardíamente, lo que puede condicionar la supervivencia del paciente¹². La confirmación diagnóstica se va a conseguir con el estudio histológico de la lesión cutánea, y su tratamiento, siempre que sea posible, debe ser la resección quirúrgica.

La aparición de los implantes subcutáneos tras la punción ecodirigida se ha atribuido a diferentes factores como: mayor diámetro de la aguja de punción (> 0,9 mm); mayor número de pases, que estaría aumentado en el caso de empleo de agujas más finas para obtener material suficiente. Aunque no existe consenso sobre cuál es el diámetro más adecuado de la aguja de punción, algunos autores tienden al empleo de agujas más gruesas para realizar menor número de pases. Otros factores relacionados con el riesgo de diseminación serían: localización periférica del tumor en el hígado; el tamaño del tumor y su agresividad, y pacientes en estado de inmunosupresión que presentan un sistema de inmunovigilancia del tumor disminuido¹³.

Se han descrito una serie de procedimientos para reducir al mínimo el riesgo de siembra¹⁴. En primer lugar, se debe realizar biopsia sólo si del resultado de la misma depende el manejo del paciente. Por otro lado, exponen que las punciones de las lesiones hepáticas deben ser realizadas por equipos entrenados y con experiencia; biopsiar a través del parénquima normal respetando los límites anatómicos; tomar las muestras bajo aspiración y realizar el mínimo número de pases de punción.

Actualmente, el implante tumoral constituye una complicación bien conocida de los abordajes invasivos del CHC; sin embargo, el problema clínico es conocer la verdadera magnitud del riesgo y sus consecuencias. El debate continúa sobre si se debe biopsiar o no, y dado el potencial riesgo de siembra la punción debe limitarse a casos seleccionados. A pesar de que se trata de una complicación poco frecuente descrita en casos aislados, el conocimiento de la misma nos puede ayudar a aceptar los riesgos no desdeñables de la PAAF.

Esto es especialmente importante en candidatos potenciales a trasplante hepático, donde se puede producir enfermedad tras el trasplante a partir de un abordaje percutáneo previo como es nuestro caso, pudiendo modificar la supervivencia del paciente. Algunos expertos consideran que la incidencia real de siembra del CHC está infraestimada, y el empleo cada vez mayor de técnicas percutáneas puede aumentar estas cifras en los próximos años.

No obstante, es importante señalar que a pesar de que el riesgo de diseminación existe, en los casos en los que no se puede diagnosticar de forma correcta el CHC por criterios radiológicos debe realizarse biopsia, ya que se ha descrito que hasta un 7% de los pacientes incluidos en lista para trasplante en EUA cuya indicación era el CHC (diagnóstico realizado por criterios no invasivos) se realizó en pacientes que no tenían CHC y, por tanto, no estaba indicado el trasplante¹⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer* 2010;127:2893-2917
2. Fattovich G, Stroffolini T, Zagni I. Hepatocellular carcinoma in cirrhosis: incidence and risk factors. *Gastroenterology* 2004;127(5 Suppl 1):S35-50.
3. Sangiovanni A, Del Ninno E, Fasani P, De Fazio C et al. Increased survival of cirrhotic patients with a hepatocellular carcinoma detected during surveillance. *Gastroenterology* 2004;126(4):1005-14.
4. Knight TE, Woo AS, Blaisdell JM. Hepatocellular carcinoma invasive to chest wall. *Int J Dermatol* 1992;31: 273-6.
5. EASL-EORTC clinical practice guidelines: management of hepatocellular carcinoma. *J Hepatol* 2012;56:908-43.
6. Bruix J, Sherman M. Management of hepatocellular carcinoma: an update. *Hepatology* 2011;53:1020-2).
7. Martínez D, et al. Implante subcutáneo de un carcinoma hepatocelular tras la punción aspiración con aguja fina. *Rev Esp Enf Dig* 2006;99: 354-7.
8. Navarro F, et al. Diaphragmatic and subcutaneous seeding of hepatocellular carcinoma following fine-needle aspiration biopsy. *Liver* 1998;18:251-4.
9. Yamada N, et al. Subcutaneous seeding of small hepatocellular carcinoma after fine needle aspiration biopsy. *J Gastroenterol Hepatol* 1993;8:195-8.
10. Stigliano R, Marelli L et al. Seeding following percutaneous diagnostic and therapeutic approaches for hepatocellular carcinoma. What is the risk and the outcome? Seeding risk for percutaneous approach of HCC. *Cancer Treatment Reviews* 2007;33: 437-47.
11. Silva MA, Hegab B, Hyde C, Guo B, Buckels JA, Mirza DF. Needle track seeding following biopsy of liver lesions in the diagnosis of hepatocellular cancer: a systematic review and meta-analysis. *Gut* 2008;57: 1592-6).
12. Hamazaki K et al. Needle tract implantation of hepatocellular carcinoma after ultrasonically guided needle liver biopsy. *Hepatogastroenterol* 1995;42:601-6.

13. Shimada M, Maeda T et al. Needle track seeding after percutaneous ethanol injection therapy for small HCC. *J Surg Oncol* 1995;58(4): 278-81.

14. Roussel F. Fine needle cytology should replace large bore needle biopsy in the diagnosis of abdominal tumors. *Gastroenterol Clin Biol* 1991;15(4): 358-9.

15. Hayashi PH, Trotter JF, Forman L, Kugelmas M, Steinberg T, Russ P, Wachs M, Bak T, Kam I, Everson GT. Impact of pretransplant diagnosis of hepatocellular carcinoma on cadveric liver allocation in the era of MELD. *Liver Transpl* 2004;10:42-8).