

Tumoración en la encía en un paciente con antecedentes de cirrosis hepática

J. García-González^a, R. López Rodríguez^b, I. Abdulkader Nallib^c, U. Anido Herranz^a, Y. Vidal Insua^a y R. López López^a

^aServicio de Oncología Médica. ^bServicio de Medicina Interna. ^cServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. La Coruña.

Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 60 años, con antecedentes de carcinoma epidermoide de laringe hacía 11 años y cirrosis hepática de etiología alcohólica estadio B8 de la clasificación de Child-Pugh, que consultó por presentar una tumoración exofítica en la mucosa gingival de la mandíbula que crecía progresivamente desde dos meses antes (fig. 1). Se realizó exéresis de la lesión, con el resultado anatomopatológico de carcinoma indiferenciado. En ese momento la exploración física era anodina. El análisis de sangre demostraba anemia normocítica y normocroma, elevación de transaminasas (aspartato transaminasa [AST], alanina aminotransferasa [ALT] y gammaglutamiltranspeptidasa [GGT]) y fosfatasa alcalina, sin otras alteraciones. Los niveles séricos de alfafetoproteína eran normales, sin embargo, estaban elevados los niveles de CA19.9 y CA125. Se realizó una endoscopia digestiva alta que fue normal. En la tomografía axial computarizada (TAC) se observaban lesiones compatibles con metástasis en pulmón derecho, hígado, bazo, cresta ilíaca izquierda y ganglios linfáticos retroperitoneales (fig. 2).



Fig. 1. Lesión exofítica en la encía del maxilar inferior.

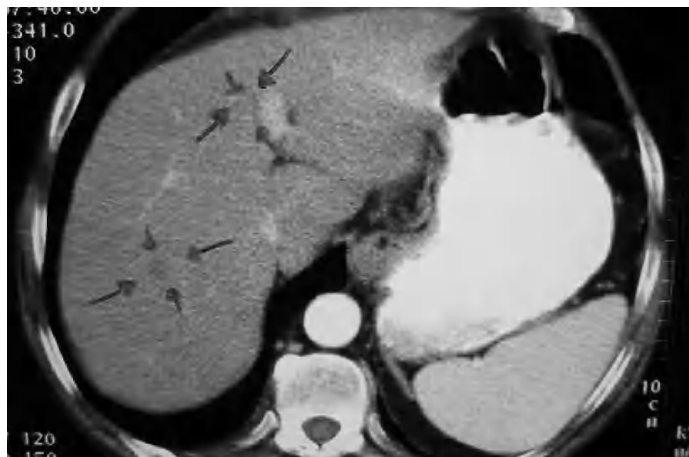


Fig. 2. La tomografía axial computarizada de abdomen muestra en los segmentos hepáticos IV y VIII unas imágenes hipodensas sugestivas radio-lógicamente de afectación metastásica.

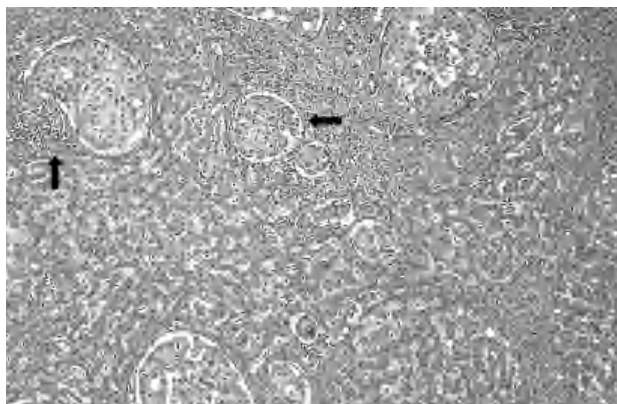


Fig. 3. Hígado cirrótico con nódulos tumorales (flechas) entre los nódulos regenerativos (200x).

Evolución

El paciente fue remitido a Oncología Médica con el diagnóstico de carcinoma de origen desconocido. En la primera visita refería dolor EVA 8 (escala visual analógica) en región dorso-lumbar, por lo que ingresa para ajustar el tratamiento analgésico. Durante el ingreso sufrió una neumonía nosocomial que se trató con ceftazidima y amikacina con mala evolución clínica. Finalmente falleció dos meses después del diagnóstico. Se realizó necropsia.

Diagnóstico

El resultado de la autopsia fue de hepatocarcinoma (HCC) en un hígado con cirrosis mixta macromicronodular (fig. 3). Había metástasis pulmonares, esplénicas, óseas, en cadenas ganglionares retroperitoneales y en la cavidad oral. El estudio inmunohistoquímico de la metástasis previa en la cavidad oral resultó positivo con el Hep Par 1, confirmando su origen primario hepático (fig. 4).

Discusión

El HCC es la quinta neoplasia en frecuencia en el mundo y representa la tercera causa de muerte por cáncer¹. En el 80% de los casos el HCC se desarrolla sobre hígados cirróticos¹. El HCC produce metástasis extrahepáticas en el 37% de los casos². Las localizaciones más frecuentes de metástasis de HCC son: pulmón, ganglios linfáticos y hueso². Sin embargo, las metástasis de HCC en la región maxilofacial son raras^{3,4}. Así en la literatura solamente hay descritos 62 casos⁴, la mayoría de estos pacientes son varones (90,3%), con una edad mediana de 61 años (rango de 16 a 88), y el HCC se había diagnosticado antes de que apareciese la lesión metastásica en la cavidad oral en 41 casos (66%)⁴. La patogénesis de las metástasis en los tejidos de la región maxilofacial no es bien conocida. La presencia simultánea de metástasis pulmonares y en la cavidad oral, junto al hecho de que el cáncer de pulmón es la neoplasia que con mayor frecuencia metastatiza en la cavidad oral, hace pensar que la diseminación tumoral hacia la región maxilofacial podría ocurrir a

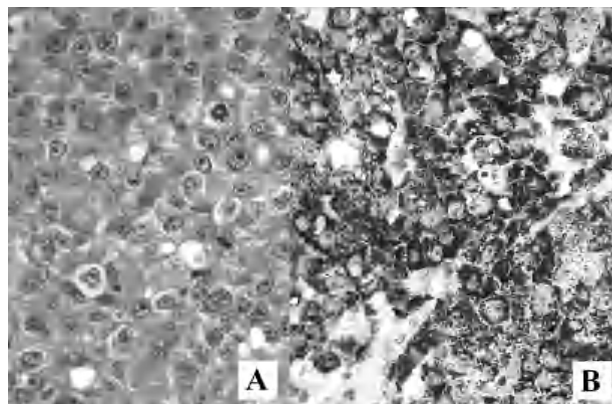


Fig. 4. Metástasis en la encía. En A se aprecian las células neoplásicas con pleomorfismo nuclear y mitosis atípicas. En B se evidencia inmunorreactividad para el Hep Par 1 que confirmó el origen hepatocelular (400x).

través del pulmón³. Aunque, por otro lado, la teoría de Batson sugiere que las células neoplásicas podrían migrar desde el hígado hasta la cavidad oral a través del plexo venoso vertebral^{5,6}.

Las metástasis generalmente están compuestas por células inmaduras en comparación con la lesión primaria, de ahí que el diagnóstico del origen de la lesión metastásica sea difícil⁷. El HCC está compuesto por hepatocitos organizados en una estructura similar a la trabecular y un estroma formado por espacios sinusoidales revestidos por un estrato de células endoteliales⁸. Pero metástasis de tumores frecuentes, como los de mama, el colangiocarcinoma o el de riñón, pueden imitar la estructura trabecular del HCC⁹. El empleo del anticuerpo Hep Par 1 en los estudios inmunohistoquímicos confiere una alta sensibilidad y especificidad al diagnóstico de HCC, pero no se realiza de modo rutinario¹⁰. En conclusión, la metástasis en la cavidad oral de HCC debería ser incluida en el diagnóstico diferencial de lesiones orales con crecimiento rápido y progresivo, particularmente en pacientes con antecedentes de cirrosis hepática.

BIBLIOGRAFÍA

1. Llovet JM, Burroughs A, Bruix J. Hepatocellular carcinoma. *Lancet*. 2003; 362:1907-17.
2. Katyal S, Oliver JH, Peterson MS, Ferris JV, Carr BS, Baron RL. Extrahepatic metastases of hepatocellular carcinoma. *Radiology*. 2000;216:698-703.
3. Hirshberg A, Leibovich P, Buchner A. Metastases to the oral mucosa: analysis of 157 cases. *J Oral Pathol Med*. 1993;22:385-90.
4. Pires FR, Sagarra R, Correa ME, Pereira CM, Vargas PA, Lopes MA. Oral metastasis of a hepatocellular carcinoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2004;97:359-68.
5. Batson OV. The function of the vertebral veins and their role in the spread of metastases. *Ann Surg*. 1940;112:138-49.
6. Yoshimura Y, Matsuda S, Naitoh S. Hepatocellular carcinoma metastatic to the mandible ramus and condyle: report of a case and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg*. 1997;55:297-308.
7. Kanazawa H, Sato K. Gingival metastasis from primary hepatocellular carcinoma: report of a case and review of literature. *J Oral Maxillofac Surg*. 1989;47:987-90.
8. Kojiro M. Histopathology of liver cancers. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2005;19:39-62.
9. Anthony PP. Hepatocellular carcinoma: an overview. *Histopathology*. 2001; 39:109-18.
10. Leong AS-Y, Sormunen RT, Tsui WMS, Liew CT. Hep Par 1 and selected antibodies in the immunohistological distinction of hepatocellular carcinoma from cholangiocarcinoma, combined tumours and metastatic carcinoma. *Histopathology*. 1998;33:318-24.