



## CARTAS AL DIRECTOR

## Compresión medular por metástasis de hepatocarcinoma en paciente infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana. A propósito de un caso

### Spinal cord compression due to metastasis from a hepatocarcinoma in an human immunodeficiency virus-positive patient. A propos of a case

Sr. Director:

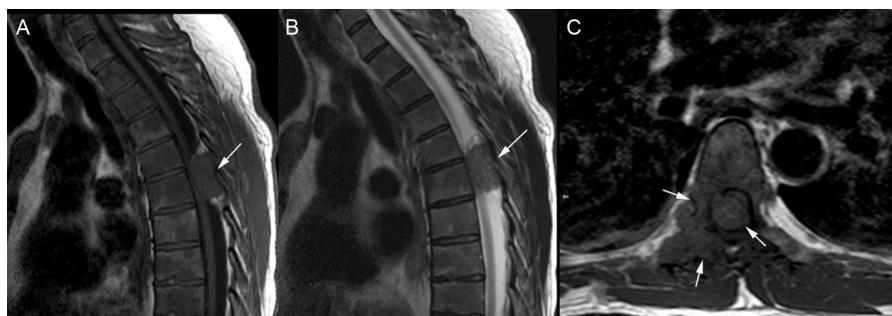
El carcinoma hepatocelular (CHC) es la sexta neoplasia más frecuente, la tercera causa de muerte por cáncer en todo el mundo y constituye la principal causa de muerte en pacientes cirróticos<sup>1</sup>. A pesar de que el CHC es una neoplasia con gran potencialidad para el desarrollo de metástasis a distancia, las manifestaciones clínicas y el pronóstico del paciente vienen determinadas principalmente por la progresión tumoral intrahepática y la alteración de la función hepática asociada<sup>2</sup>. Por todo ello, la descripción de manifestaciones clínicas asociadas al desarrollo de metástasis a distancia por CHC es infrecuente.

A continuación presentamos un paciente varón de 51 años, con antecedentes de cirrosis por virus de la hepatitis C (VHC) compensada hasta la fecha, con función hepática conservada e infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) de 20 años de evolución sin antecedentes de SIDA y con excelente control virológico. En la ecografía de cribado se detecta un nódulo de nueva aparición en segmento IV. Se remitió a un centro de referencia, en donde se practicó una resonancia magnética (RM) que mostró un nódulo único de 25 mm con el patrón vascular específico de CHC. Dada la localización de la lesión y la presencia de hipertensión portal se desestimó la posibilidad de resección quirúrgica y se decidió realizar ablación percutánea mediante inyección de etanol e incluir al paciente en lista de espera para un trasplante hepático<sup>3,4</sup>. Los controles radiológicos trimestrales demostraron necrosis completa de la lesión, sin nuevas lesiones indicativas de recurrencia. A los 18 meses del diagnóstico del CHC el paciente acude a urgencias de nuestro centro por astenia, parestesias, dolor dorsal y pérdida de fuerza en ambas extremidades inferiores de 2 días de evolución, asociado a aumento del

perímetro abdominal en la última semana. Inicialmente se realizó una ecografía abdominal que demostró la presencia de ascitis con un nódulo en segmento IV correspondiente al nódulo previamente tratado, sin otras lesiones asociadas. Se realizó una resonancia magnética (RM) de columna completa con secuencias potenciadas en T1, T2 y STIR en planos sagitales y axiales que demostró la existencia de lesiones en múltiples cuerpos vertebrales hipointensas en T1 y T2, e isointensas en STIR. También se detectó en la vértebra D6 una lesión expansiva con un componente de partes blandas hiperintenso en STIR, que se extendía al espacio epidural posterior y a forámenes de conjunción derechos D6-D7 y en menor medida D5-D6 y afectaba musculatura paravertebral derecha. La lesión condicionaba una estenosis significativa del canal raquídeo con compresión medular (fig. 1). En el diagnóstico diferencial se consideró la afectación metastásica difusa o una enfermedad linfoproliferativa, esta última frecuente en pacientes infectados por el VIH<sup>5</sup>.

Al ingreso se realizó tratamiento con radioterapia y al quinto día se produjo un empeoramiento de su estado neurológico, por lo que se realizó laminectomía descompresiva dorsal (D6) con confirmación histológica del diagnóstico de metástasis por CHC. El paciente durante el ingreso presentó insuficiencia hepática progresiva con desarrollo de ascitis, ictericia y encefalopatía hepática, junto con un aumento del dolor y paraplejía completa, y falleció al vigésimo día de ingreso.

Este caso presenta varios aspectos relevantes; el primero es que el paciente presentaba una infección por el VIH. Desde la introducción de tratamiento antirretroviral, que permite una inhibición eficaz del VIH y una disminución drástica de la morbilidad y mortalidad directamente asociada a la inmunodepresión, la principal causa de muerte de los pacientes coinfectados por virus de la hepatitis B (VHB) y VHC es el desarrollo de una enfermedad hepática crónica y sus complicaciones asociadas, en particular el desarrollo de CHC<sup>6</sup>. El impacto de la infección por VIH en el pronóstico del CHC no ha sido claramente establecido, sin embargo, diferentes estudios de cohortes en pacientes con CHC en estadio inicial candidatos a tratamientos curativos han señalado que la infección por VIH puede condicionar un mal pronóstico<sup>7,8</sup>. En este sentido, Vibert et al.<sup>8</sup> analizaron una cohorte de 86 pacientes afectados por CHC incluidos en lista de espera para trasplante hepático (21 pacientes infectados por el VIH y 65 pacientes no infec-



**Figura 1** Resonancia magnética con secuencias potenciadas en T1 (A) y T2 (B) en planos sagitales y T1 en plano axial (C) que demuestra una masa de partes blandas que infiltra el cuerpo vertebral y elementos posteriores de D6, así como la musculatura paravertebral y el espacio epidural posterior y lateral derecho, correspondiente a una metástasis de CHC. Se observa estenosis significativa del canal raquídeo y compresión del cordón medular (flecha) por la lesión epidural. Se aprecian también múltiples lesiones focales hipointensas en T1 en los cuerpos vertebrales dorsales adyacentes en relación con la infiltración metastásica difusa.

tados) y demostraron que a pesar de no existir diferencias entre ambos grupos en lo que respecta al estadio tumoral y a las características patológicas del CHC, una mayor proporción de pacientes infectados por el VIH no pudieron ser finalmente trasplantados por progresión tumoral durante el tiempo de espera. Nuestro caso era un paciente incluido en lista de trasplante desde hacía 18 meses, con un CHC inicial tratado exitosamente mediante alcoholización y con un control de imagen reciente en el que se reportaba remisión completa de su enfermedad. Por tanto, el paciente no había recibido prioridad durante el tiempo de espera del trasplante y la probabilidad de que tuviera diseminación extrahepática era a priori mínima.

El segundo aspecto que cabe destacar fue que las metástasis espinales y epidural fueran la primera presentación de enfermedad metastásica en lugar de otros sitios más comunes de diseminación del CHC como el pulmón o los ganglios linfáticos<sup>2,9</sup>.

La conclusión principal de este caso clínico es que en pacientes con CHC con dolor lumbar y/o clínica neurológica se debe descartar la presencia de metástasis espinal, independientemente del estadio tumoral en el que se encuentre el paciente en el momento del inicio de la sintomatología<sup>10</sup>.

## Bibliografía

- Forner A, Llovet JM, Bruix J. Hepatocellular carcinoma. *Lancet*. 2012;379:1245–55.
- Katyal S, Oliver JH, Peterson MS, Ferris JV, Carr BS, Baron RL. Extrahepatic metastases of hepatocellular carcinoma. *Radiology*. 2000;216:698–703.
- EASL-EORTC. Clinical practice guidelines: management of hepatocellular carcinoma. *J Hepatol*. 2012;56:908–43.
- Bruix J, Sherman M. Management of hepatocellular carcinoma: an update. *Hepatology*. 2011;53:1020–2.
- Perez MO, Grive E, Quiroga S, Rovira A. Linfoma epidural primario sin afectación vertebral en un paciente VIH positivo. *Radiología*. 1999;41:68–72.
- Weber R, Sabin CA, Friis-Moller N, Reiss P, El-Sadr WM, Kirk O, et al. Liver-related deaths in persons infected with the human immunodeficiency virus: the D:A:D study. *Arch Intern Med*. 2006;166:1632–41.
- Puoti M, Bruno R, Soriano V, Donato F, Gaeta GB, Quinzan GP, et al. Hepatocellular carcinoma in HIV-infected patients: epidemiological features, clinical presentation and outcome. *Aids*. 2004;18:2285–93.
- Vibert E, Duclos-Vallée J-C, Ghigna M-R, Hoti E, Salloum C, Guettier C, et al. Liver transplantation for hepatocellular carcinoma: the impact of human immunodeficiency virus infection. *Hepatology*. 2011;53:475–82.
- Po HL, Chen PH, Cheng SJ, Hseuh IH. Hepatocellular carcinoma with acute spinal cord compression as the initial presentation. *Acta Neurol Taiwan*. 2003;12:191–5.
- Chang SS, Luo JC, Chao Y, Chao JY, Chi KH, Wang SS, et al. The clinical features and prognostic factors of hepatocellular carcinoma patients with spinal metastasis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2001;13:1341–5.

Ana M. Quiles Granado\*, Gemma Laguillo Sala,  
Eva Gómez Roselló, Sebastià Remollo Friedemann  
y Salvador Pedraza Gutiérrez

*Servicio de Radiología (IDI), Sección de Neurorradiología,  
Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [amquiles@gmail.com](mailto:amquiles@gmail.com)  
(A.M. Quiles Granado).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2012.11.008>