

- atitis C, and HFE gene mutations in North America. *Hepatology*. 1998;27:1661-9.
4. Eubanks SW, Patterson JW, May D, Aeling JL. The porphyrias. *Int J Dermatol*. 1988;63:282-9.
 5. Chevallier P, Bahadoran P, Buckley MJ, Hebuterne X, Diaine B, Chevallier A, et al. Hepatic multi-nodular focal fatty metamorphosis in acquired porphyria cutanea tarda. Sonographic, CT, and MRI features. *Clin Imaging*. 1998;22:418-21.
 6. Dirks K, Lutz H. Multiple circular liver foci in chronic hepatic porphyria: two sonographic case reports. *Ultraschall Med*. 2000;21:86-9.
 7. Herrero C, Vicente A, Bruguera M, Ercilla MG, Barrera JM, Vidal J, et al. Is hepatitis C virus infection a trigger of porphyria cutanea tarda? *Lancet*. 1993;341:788-9.
 8. Stölzel U, Köstler E, Koszka C, Stöffler-Meilicke M, Schuppan D, Somasundaram R, et al. Low prevalence of hepatitis C virus infection in porphyria cutanea tarda in Germany. *Hepatology*. 1995;21:1500-3.
 9. Thevenot T, Bachmeyer C, Hammi R, Dumouchel P, Ducamp-Posak I, Cadranet JF. Occurrence of porphyria cutanea tarda during peginterferon/ribavirin therapy for chronic viral hepatitis C. *J Hepatol*. 2005;42:607-8.
 10. Sabaté JM, Bourrier P, Vital JL, Cordoliani F, Lémann M, Zagdanski AM. Images in hepatology: multinodular focal fatty infiltration of the liver in acquired porphyria cutanea tarda. *J Hepatol*. 2000;6:1022.

Ramón Pérez Álvarez*, Rosa Pérez López,
Nieves González Sotorrió, Luis Rodrigo Sáez

*Servicio de Digestivo, Hospital Central de Asturias,
Facultad de Medicina, Oviedo, Asturias, España*

* Corresponding author.

E-mail address: peralbar@telefonica.net (R. Pérez Álvarez).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.08.005

Quiste hepático en paciente con carcinoma cloacogénico anorrectal: ¿metástasis o enfermedad benigna hepática?

Hepatic cyst in a patient with anorectal cloacogenic carcinoma: Metastasis or benign liver disease?

Sr. Director:

Las metástasis hepáticas quísticas han sido previamente descritas en pacientes con antecedentes de carcinoma escamoso de cuello uterino y de amígdalas¹⁻⁴, sin embargo hasta donde conocemos, no existen comunicaciones previas de metástasis quísticas en hígado con un origen primario anorrectal. Teniendo en cuenta lo infrecuente de estas lesiones y las dificultades clínicas y/o radiológicas que conllevan presentamos un caso reciente de carcinoma cloacogénico anorrectal con quiste hepático. Se trata de un varón de 55 años de edad que acude a consulta por antecedentes de rectorragia de un mes de evolución. La colonoscopia detecta una masa tumoral en la región anorrectal que se biopsia y se informa un diagnóstico en anatomía patológica de carcinoma basaloide cloacogénico anorrectal. Los estudios de extensión radiológicos (tomografía computarizada [TC] y resonancia magnética [RM] abdominopélvica) no detectaron lesiones metastásicas a distancia (fig. 1A). El paciente fue tratado inicialmente con un régimen de quimiorradioterapia (5-fluorouracilo y mitomicina), observándose una marcada reducción de la masa tumoral que se confirmó en la RM pélvica. En el estudio de seguimiento realizado a los 8 meses se detectó en la TC abdominal una masa quística de grandes dimensiones en el lóbulo hepático derecho, con el aspecto clínico y radiológico de quiste simple hepático benigno (fig. 1B). Considerando los datos clínicos y el resultado de la TC se realizó un drenaje del quiste mediante punción percutánea guiada por ecografía. El estudio citológico del líquido extraído fue negativo para células

malignas. La aspiración percutánea del quiste y la aplicación de 6 sesiones de escleroterapia redujeron considerablemente el tamaño de la lesión. Sin embargo, en los estudios de seguimiento realizados 4 meses después se detectó en la exploración por TC abdominal que la lesión quística hepática había empeorado y que en ese momento no solo se observaba una lesión quística, sino numerosas lesiones sólido-quísticas en el lóbulo derecho con bordes irregulares y de carácter infiltrativo muy indicativo de lesión maligna (fig. 1C). Considerando los hallazgos radiológicos y la ausencia de lesiones malignas en otra localización se decide realizar una laparotomía exploratoria donde se detecta en el lóbulo hepático derecho una masa tumoral sólido-quística. Se realiza biopsia transoperatoria que informa metástasis hepática por carcinoma cloacogénico (fig. 1D-F). Se prescribe tratamiento quimioterápico con cisplatino y 5-fluorouracilo y actualmente el paciente se encuentra en seguimiento oncológico.

El presente caso nos demuestra que las metástasis deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial de lesiones quísticas hepáticas solitarias, sobre todo cuando exista una historia previa de un tumor maligno primario en otra localización¹. Particularmente los carcinomas escamosos, incluida la variante basaloide pueden presentar extensa necrosis dando la apariencia radiológica de una lesión quística. Adicionalmente, uno o incluso varios estudios citológicos negativos no excluyen la posibilidad de una metástasis quística teniendo en cuenta que existe un porcentaje no insignificante de resultados falsos negativos cuando se estudian los quistes solamente con métodos citológicos.

En el caso actual se consideró la posibilidad de una metástasis hepática quística pero los estudios citológicos negativos y el aspecto benigno de las imágenes radiológicas en los estudios iniciales proporcionaron una falsa apariencia de la lesión. No obstante, la historia previa de un carcinoma cloacogénico anorrectal y la presencia de un estudio radiológico normal antes de aparecer la lesión quística inicial apoyaban la posibilidad de una metástasis hepática. El estudio histopatológico de la pared del quiste es fundamental

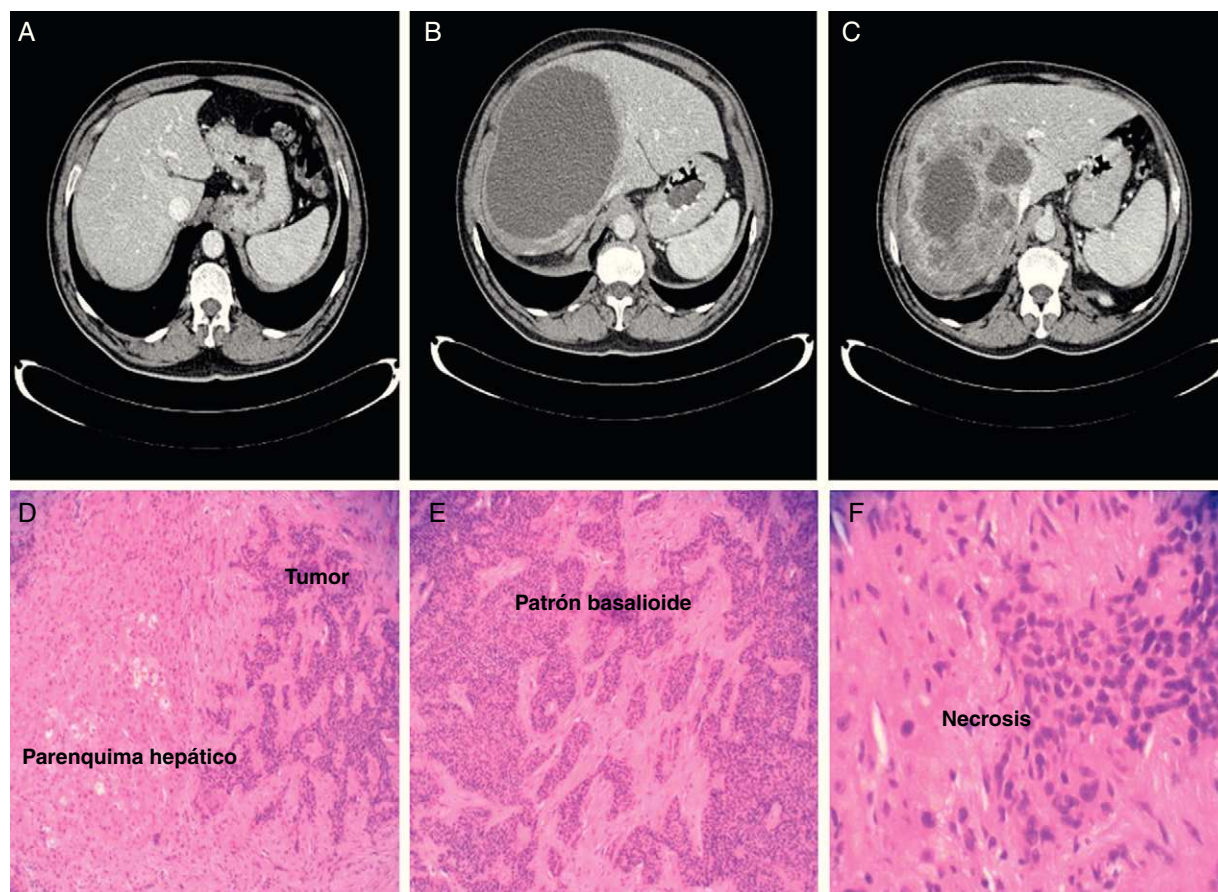


Figura 1 A) TC abdominal inicial donde no se detectaron lesiones hepáticas. B) Estudio de seguimiento por TC realizado a los 8 meses en el que se observa una masa quística de grandes dimensiones en el lóbulo hepático derecho. C) Estudio por TC, 4 meses después, en que se detecta un empeoramiento de la lesión quística hepática con la aparición de múltiples lesiones sólido-quísticas de bordes irregulares y aspecto infiltrativo. D) Parénquima hepático normal y nidos tumorales infiltrativos. E) Patrón de crecimiento basaloide en carcinoma cloacogénico. F) Zonas de necrosis.

y generalmente es la forma más adecuada para detectar metástasis quísticas¹⁻⁴.

En conclusión, el diagnóstico definitivo de las metástasis hepáticas quísticas en la práctica diaria requiere una integración clínica, radiológica, quirúrgica y patológica que permita un diagnóstico certero y el tratamiento adecuado para el paciente.

Bibliografía

- Morris CJ, Selvaggi G, Tzakis A, Weisbaum G, Martin P, Schiff E. Metastatic squamous cell carcinoma to the liver presenting as hepatic cysts. *J Clin Gastroenterol*. 2011;45:293-4.
- Alsolaiman MM, MacDermott RP, Bartholomew C. Hepatic pseudocyst as the first presentation of squamous cell carcinoma of uterine cervix. *Dig Dis Sci*. 2002;47:2459-62.
- Estermann F, Thiebault S, Turnani C, Djabri M, Wiedemann R, Sondag D. Pseudocystic metastases of carcinoma of the uterine cervix mimicking polycystic liver disease. *Gastroenterol Clin Biol*. 1996;20:1125-8.
- Nair A, Pai DR. Single cystic liver metastasis in residual carcinoma of the uterine cervix. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005;122:126-7.

Isidro Machado^{a,*}, Jesús Santos^b, Ana Calatrava^a, Julia Cruz^a, Fernando Martínez^c, Fernanda Maia de Alcántara^c, Antonio Barrasa^d, Ricardo Yaya^e, Carlos Fernandez-Martos^e, José Luis Mengual^f y Rafael Estevan^d

^a Departamento de Patología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

^b Departamento de Imagenología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

^c Servicio de Gastroenterología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

^d Servicio de Cirugía, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

^e Servicio de Oncología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

^f Departamento de Radioterapia, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Isidro.machado@uv.es (I. Machado).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.09.004