

## Conflict of interests

The authors declare no conflict of interests.

## Bibliografía

1. Kleger A, Seufferlein T, Wagner M, Tannapfel A, Hoffmann TK, Mayerle J. IgG4-related autoimmune diseases. *Dtsch Arztebl Int.* 2015;112:128–35.
2. Zen Y, Fujii T, Sato Y, Masuda S, Nakanuma Y. Pathological classification of hepatic inflammatory pseudotumor with respect to IgG4-related disease. *Mod Pathol.* 2007;20:884–94.
3. Shibata M, Matsubayashi H, Aramaki T, Uesaka K, Tsutsumi N, Sasaki K, et al. A case of IgG4-related hepatic inflammatory pseudotumor replaced by an abscess after steroid treatment. *BMC Gastroenterol.* 2016;16:89.
4. Calvo J, Carbonell N, Scatton O, Marzac C, Ganne-Carrie N, Wendum D. Hepatic nodular lymphoid lesion with increased IgG4-positive plasma cells associated with primary biliary cirrhosis: a report of two cases. *Virchows Arch.* 2015;467:613–7.
5. Ahn KS, Kang KJ, Kim YH, Lim TJ, Jung HR, Kang YN, et al. Inflammatory pseudotumors mimicking intrahepatic cholangiocarcinoma of the liver; IgG4-positivity and its clinical significance. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2012;19:405–12.
6. Komorowski AL, Li WF, Millan CA, Huang TS, Yong CC, Lin TS, et al. Temporary abdominal closure and delayed biliary reconstruction due to massive bleeding in patients undergoing liver transplantation: an old trick in a new indication. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2016;23:118–24.
7. Umehara H, Okazaki K, Masaki Y, Kawano M, Yamamoto M, Saeki T, et al. Comprehensive diagnostic criteria for IgG4-related disease (IgG4-RD), 2011. *Mod Rheumatol.* 2012;22:21–30.

Oleksandr Legkiy<sup>a,\*</sup>, Justyna Wajda<sup>a,b</sup>, Anna Ćwierz<sup>a</sup>, Joanna Wysocka<sup>c</sup>, Andrzej L. Komorowski<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Department of Surgical Oncology, Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Center and Institute of Oncology, Cracow, Poland

<sup>b</sup> Department of Anatomy, Jagiellonian University Medical College, Cracow, Poland

<sup>c</sup> Department of Pathology, Maria Skłodowska-Curie Memorial Institute, Cancer Centre, Cracow, Poland

\*Corresponding author.

E-mail address: [oleksandr.legkiy@gmail.com](mailto:oleksandr.legkiy@gmail.com) (O. Legkiy).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.03.004>  
0210-5705/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

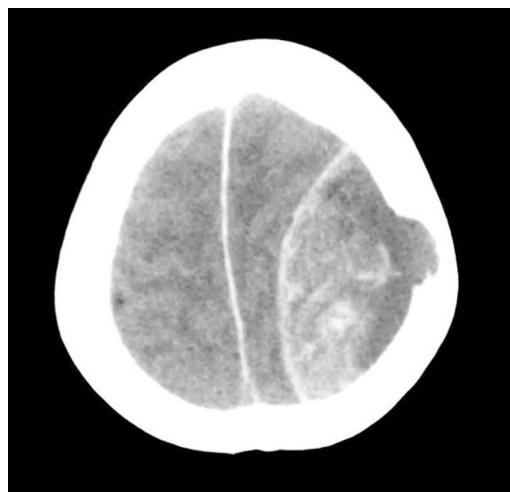
## Hematoma epidural agudo como presentación de carcinoma hepatocelular: a propósito de un caso y revisión de la literatura



### Acute epidural haematoma as a presentation of hepatocellular carcinoma: Case report and literature review

Mujer de 59 años de origen tailandés y residente en España desde hace 20 años con antecedentes personales de nefrectomía parcial e histerectomía, y que no consume fármacos de forma habitual. Acude a urgencias de nuestro hospital por cuadro de malestar general, distensión abdominal, ictericia y coluria de semanas de evolución, con empeoramiento clínico en la última semana. En la anamnesis dirigida refiere antecedente de transfusión sanguínea en los años 80. Niega consumo de fármacos, productos de herbolario ni tatuajes. Viaja frecuentemente, habiendo visitado Tailandia y Suiza en el último año. Consume 16 g/día de alcohol desde hace 5 años. A la exploración física presenta un tinte icterico cutáneo-mucoso y hepatoesplenomegalia no dolorosas. En la analítica destaca una coagulopatía no conocida previamente y alteración de los parámetros hepáticos: bilirrubina total de 8,11 mg/dl, bilirrubina directa 5,85 mg/dl, GOT 368 U/l, GPT 137 U/l, GGT 625 U/l, FA 190 U/l, PCR 14,39 mg/dl y una actividad de protrombina del 53%. Tras 24 h de ingreso presenta cuadro súbito de cefalea intensa holocraneal y deterioro brusco del nivel de consciencia (Glasgow de 5) sin focalidad neurológica. Es trasladada a cuidados intensivos, procediéndose a intubación orotraqueal y realización de

tomografía computarizada (TC) craneal con contraste intravenoso. La TC (**fig. 1**) informa de la presencia de un hematoma epidural agudo (HEA) frontoparietal izquierdo de 85 × 42 mm con fenómenos expansivos intracraneales asociados e hidrocefalia hipertensiva en ventrículo contralateral, probablemente secundario a lesión osteolítica de la bóveda craneal sugerente de etiología metastásica. La paciente es intervenida de forma urgente por neurocirugía, procediéndose a la realización de una craneotomía frontotemporal izquierda, evacuación del hematoma y resección tumoral.



**Figura 1** TC craneal: hematoma epidural agudo frontotemporal izquierdo. Lesión osteolítica en bóveda craneal de probable origen metastásico.

**Tabla 1** Resumen de casos publicados de pacientes con HEA espontáneo debido a metástasis de CHC

Autor y año de publicación	Edad (años)	Sexo	Origen	Clínica	CHC conocido previo	Hallazgos en TC	Hallazgos en cirugía	Evolución
Nakagawa et al. <sup>2</sup> , 1992	52	Varón	Japón	Cefalea y deterioro mental agudo	No	Hematoma epidural agudo	Tumor óseo hemorrágico	Fallecimiento 2 meses después por fallo hepático
Nakao et al. <sup>3</sup> , 1992	58	Varón	Japón	Cefalea y tumoración craneal dolorosa	Sí	Tumor óseo y masa epidural	Hematoma crónico epidural y tumor óseo	Fallecimiento 6 meses después por fallo hepático
Hayashi et al. <sup>4</sup> , 2000	70	Varón	Japón	Cefalea y hemiparesia izquierda	Sí	Área hiperdensa lenticular	Tumor óseo y hematoma epidural	Fallecimiento 2 meses después por fallo hepático y neumonía
McIver et al. <sup>5</sup> , 2001	50	Varón	EE.UU.	Cefalea y hemiparesia izquierda	No	Lesión lítica ósea y hematoma epidural agudo	Tumor óseo y hematoma epidural	No déficit neurológico y tratamiento con quimioterapia paliativa
Kanai et al. <sup>6</sup> , 2009	56	Varón	Japón	Cefalea, deterioro mental agudo y tumoración craneal	No	Lesión lítica ósea y hematoma epidural agudo	Tumor óseo y hematoma epidural	Fallecimiento 3 semanas después por fallo hepático
Woo et al. <sup>7</sup> , 2010	46	Varón	Corea del Sur	Cefalea y deterioro mental agudo	Sí	Hematoma epidural agudo	Tumor óseo, hematoma epidural y subdural	Fallecimiento 5 días después por fallo multiorgánico
Kim et al. <sup>8</sup> , 2010	53	Varón	Corea del Sur	Deterioro mental agudo	Sí	Hematoma epidural agudo	Tumor óseo y dural, y hematoma epidural	Estado vegetativo
Kim et al. <sup>9</sup> , 2016	41	Varón	Corea del Sur	Cefalea, deterioro mental agudo y vómitos	Sí	Lesión lítica ósea y hematoma epidural agudo	Tumor óseo y hematoma epidural agudo y crónico	Fallecimiento 4 meses después por fallo hepático
Este caso	59	Mujer	Tailandia	Cefalea y deterioro mental agudo	No	Lesión lítica ósea y hematoma epidural agudo	Tumor óseo y hematoma epidural	Fallecimiento 4 días después por fallo multiorgánico

CHC: carcinoma hepatocelular; HEA: hematoma epidural agudo.

La paciente presenta mala evolución clínica, con Glasgow mantenido en 3-4 y anuria. Desde el punto de vista digestivo, se realiza ecografía abdominal objetivándose cirrosis hepática con lesión focal heterogénea en segmento II de 4 cm, trombosis parcial tumoral de la vena porta con flujo hepatofugo y ascitis leve. En el estudio analítico destaca la presencia del antígeno y anticuerpo del VHC positivos, con alfafetoproteína elevada (2.476 ng/ml). Según los datos clínicos-analíticos, presenta un estadio Child-Pugh C14 y MELD-24. La anatomía patológica de la lesión tumoral craneal (ósea y epidural) informa de la presencia de células tumorales epiteliales con abundante citoplasma eosinófilo, núcleo prominente y disposición trabecular, compatible con metástasis de carcinoma hepatocelular (CHC). Finalmente, fallece 4 días después de la intervención.

La incidencia de CHC es inferior al 5%, localizándose comúnmente en pulmón (34-70%) y nódulos linfáticos (16-40%). Las metástasis óseas suponen el 1,6-16%, generalmente en vértebras, pelvis y costillas, siendo inusual en cráneo (0,4-1,6%)<sup>1</sup>.

El desarrollo de un HEA suele ser secundario a traumatismos craneales, aunque puede aparecer de forma espontánea en el contexto de enfermedades neoplásicas, infecciones, malformaciones vasculares o desórdenes en la coagulación. La hemorragia intracraneal secundaria a metástasis es infrecuente, con una incidencia del 0,9-11%. Suelen localizarse a nivel intratumoral o intracerebral, muy raramente a nivel epidural<sup>6-8</sup>. La formación de un HEA espontáneo secundario a metástasis de CHC es muy rara. En la literatura revisada hemos encontrado publicados solo 8 casos que recogemos en la [tabla 1](#)<sup>2-9</sup>. Según esta revisión generalmente se trata de pacientes varones de origen asiático, con o sin hepatopatía previa conocida, que presentan cuadro de cefalea y deterioro mental agudo. El diagnóstico de HEA se realiza mediante TC, aunque solo en la mitad de los casos se observan lesiones óseas. Todos son intervenidos y el pronóstico es malo, bien por el cuadro de HEA o por disfunción hepática. Cabe destacar que este es el primer caso descrito en una mujer.

En la revisión de la literatura realizada por Hsieh et al.<sup>1</sup>, recogen un total de 68 casos de metástasis craneales por CHC. La forma más habitual de presentación es tumoración subcutánea, aunque el 10% de los pacientes presentan eventos hemorrágicos intracraneales. Se desconoce el motivo por el que este tipo de metástasis provocan HEA, aunque la hipótesis más aceptada sostiene que es debido a la rotura de la vascularización del tejido peritumoral secundario al crecimiento tumoral<sup>1,9</sup>.

En conclusión, debemos pensar en la existencia de metástasis craneales en pacientes con hepatocarcinoma, más aún si presenta clínica neurológica. No debemos olvidar el riesgo de hematoma epidural agudo fulminante.

## Bibliografía

1. Hsieh CT, Sun JM, Tsai WC, Tsai TH, Tawaraya E, Chiang YH, Liu MY. Skull metastasis from hepatocellular carcinoma. *Acta Neurochir (Wien)*. 2007;149:185-90.
2. Nakagawa Y, Yoshino E, Suzuki K, Tatebe A, Andachi H. Spontaneous epidural hematoma from hepatocellular carcinoma metastasis to the skull. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 1992;32:300-2.
3. Nakao N, Kubo K, Moriwaki H. Craneal metastasis of hepatocellular carcinoma associated with chronic epidural hematoma. *Neurol med Chir (Tokyo)*. 1992;32:100-3.
4. Hayashi K, Matsuo T, Kiruhara M, Daikoku M, Kitange G, Shibata S. Skull metastasis of hepatocellular carcinoma associated with acute epidural hematoma: a case report. *Surg Neurol*. 2000;53:379-82.
5. McIver JI, Scheithauer BW, Rydberg CH, Atkinson JLD. Metastatic hepatocellular carcinoma presenting as epidural hematoma: case report. *Neurosurgery*. 2001;49:447-9.
6. Kanai R, Kubota H, Terada T, Hata T, Tawaraya E, Fujii K. Spontaneous epidural hematoma due to skull metastasis of hepatocellular carcinoma. *J Clin Neurosci*. 2009;16:137-40.
7. Woo KM, Kim BC, Cho KT, Kim EJ. Spontaneous epidural hematoma from skull base metastasis of hepatocellular carcinoma. *J Korean Neurosurg Soc*. 2010;47:461-3.
8. Kim BG, Yoon SM, Bae HG, Yun IG. Spontaneous intracranial epidural hematoma originating from dural metastasis of hepatocellular carcinoma. *J Korean Neurosurg Soc*. 2010;48:166-9.
9. Kim YS, Moon KS, Lee KH, Jung TY, Jang WY, Kim IY, et al. Spontaneous acute epidural hematoma developed due to skull metastasis of hepatocellular carcinoma: A case report and review of the literature. *Oncol Lett*. 2016;11:741-4.

Ana Delgado Maroto\*, María del Moral Martínez,  
Carmelo Diéguez Castillo  
y Francisco Javier Casado Caballero

*Unidad de Gestión Clínica de Digestivo, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [anadmgr@gmail.com](mailto:anadmgr@gmail.com)

(A. Delgado Maroto).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.03.006>  
0210-5705/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.