

# ¿ES SIEMPRE FIABLE EL COMPORTAMIENTO DINÁMICO RADIOLÓGICO PARA DIAGNOSTICAR UN HEPATOCARCINOMA?

Ana Torres Domínguez, Celia Martín Bravo, Salvador Jofré Peralta, Juan Khaled Bisso Zein, José Miguel Rosales Zabal  
Agencia Sanitaria Costa del Sol  
Marbella (Málaga), España

## INTRODUCCIÓN

El hepatocarcinoma es el tumor hepático primario y la sexta neoplasia más frecuente a nivel mundial, constituyendo una de las principales muertes por cáncer<sup>(1)</sup>. Fundamentalmente se desarrolla en pacientes con hepatopatía de base secundaria a infecciones virales, alcohol o enfermedad metabólica hepática, entre otras causas<sup>(2)</sup>.

El diagnóstico se basa tanto en criterios no invasivos mediante la identificación de patrones típicos en pruebas de imagen dinámicas como la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RMN), como en criterios histológicos<sup>(1,3)</sup>.

## ANAMNESIS

Mujer de 64 años, fumadora y en abstinencia alcohólica desde hace 2 años, con hepatopatía crónica de origen post-etílico y con datos de hipertensión portal, estadio Child-Pugh A5 diagnosticada tras un primer episodio de hemorragia digestiva alta (HDA) secundaria a sangrado por varices esofágicas hace dos años, y asociada a una hipertensión portopulmonar grave.

Ingresa por HDA de origen variceal, y en planta se estudia una lesión hepática objetivada hace meses en consulta de cribado ecográfico, que estaba pendiente de tipificar por estudios radiológicos dinámicos.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- TC hepática dinámica: signos de hepatopatía crónica avanzada con ascitis leve. Lesión de 3cm en segmento VIII con realce en fase arterial (*Figura 1*) y lavado en fase portal y tardía (*Figura 2*).
- TC torácico de extensión (*Figura 3*): opacidad de 23 mm en el lóbulo superior pulmonar izquierdo sospechosa de malignidad.
- PET: sin captación de 18F-FDG a nivel pulmonar, aunque sí en la lesión hepática conocida y en la amígdala y las adenopatías cervicales izquierdas.
- Anatomía patológica (amígdala izquierda): p40, CK5-6 y p16 positivos. PD-L1: CPS 90 (90% células tumorales, 5% células inmunes intratumorales), compatible con carcinoma escamoso.
- Anatomía patológica (lesión hepática): CK5-6 y p40 positivos, con antígeno hepatocitario específico y TTF-1 negativos, compatible con metástasis de carcinoma escamoso.

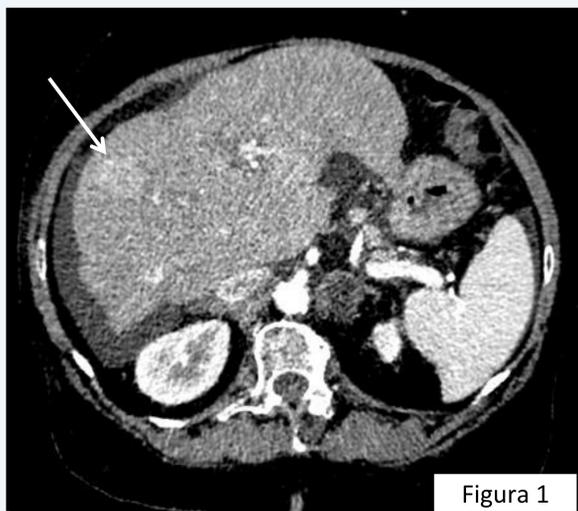


Figura 1

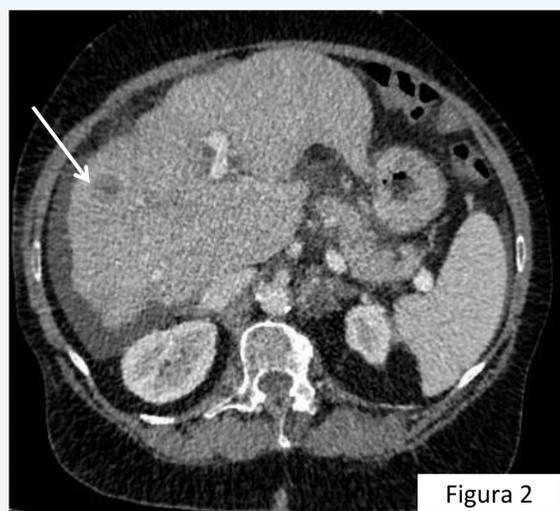


Figura 2

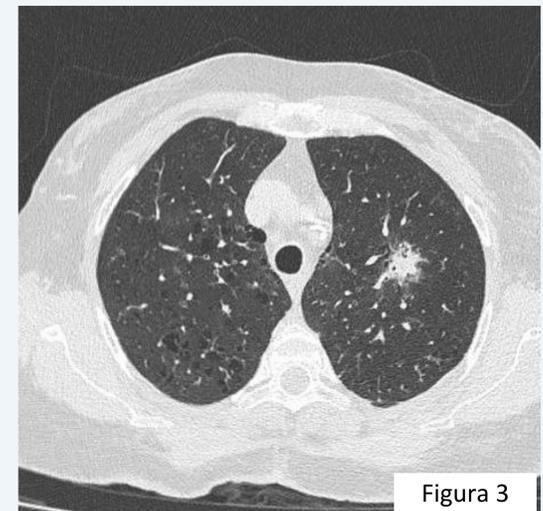


Figura 3

## DIAGNÓSTICO FINAL Y TRATAMIENTO

La paciente inicialmente fue diagnosticada de un hepatocarcinoma por el comportamiento dinámico típico que presentaba en las pruebas de imagen y por otro lado de forma incidental de un carcinoma escamoso amigdalino a raíz de la PET solicitada para el estudio de la lesión pulmonar objetivada en estudio de extensión. Antes de iniciar tratamiento oncológico, a pesar del claro diagnóstico por imagen de la lesión hepática, se planteó la realización de una biopsia para confirmación histológica, resultando ser compatible finalmente con una **metástasis del carcinoma de amígdala**.

Por el ECOG basal se decidió radioterapia local del carcinoma escamoso de amígdala, y radiofrecuencia para la metástasis hepática.

## DISCUSIÓN

En pacientes con hepatopatía crónica, los estudios radiológicos dinámicos con contraste (TC o RMN) para la evaluación de lesiones hepáticas son esenciales, ya que si presentan un comportamiento típico de hepatocarcinoma (realce hipervascular en fase arterial con lavado del contraste en fase portal o tardía), es suficiente para establecer el diagnóstico sin necesidad de confirmación histológica, lo que le diferencia respecto al diagnóstico de otras neoplasias. La biopsia hepática no está exenta de riesgos aunque sean poco frecuentes, quedando reservada fundamentalmente para lesiones que no presenten dicho patrón típico o en pacientes no cirróticos<sup>(1,3)</sup>. Con el avance en el conocimiento de nuevas vías moleculares que determinan la aparición de hepatocarcinoma y el desarrollo de nuevas terapias específicas, existe controversia sobre la recomendación de realizar biopsias para confirmación diagnóstica y obtención de tejido para evaluar marcadores moleculares<sup>(1,4)</sup>. Además, casos como el que exponemos nos hace replantear las indicaciones de la misma, ya que podríamos tratar erróneamente lesiones hepáticas que presenten este comportamiento dinámico.

### Bibliografía:

1. Galle PR, Forner A, Llovet JM, Mazzaferro V, Piscaglia F, Raoul JL, et al. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. J Hepatol. 2018;69(1):182–236.
2. Collaboration GB of DLC. The Burden of Primary Liver Cancer and Underlying Etiologies From 1990 to 2015 at the Global, Regional, and National Level: Results From the Global Burden of Disease Study 2015. JAMA Oncol. 2017;3(12):1683–91.
3. Marrero JA, Kulik LM, Sirlin CB, Zhu AX, Finn RS, Abecassis MM, et al. Diagnosis, Staging, and Management of Hepatocellular Carcinoma: 2018 Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. Hepatology. 2018;68(2):723–50.
4. Forner A, et al. Diagnóstico y tratamiento del carcinoma hepatocelular. Actualización del documento de consenso de la AEEH, SEOM, SERAM, SERVEI y SETH. Med Clin (Barc). 2016.