

Notas cortas

Hepatocarcinoma con metástasis intestinales polipoides: hallazgo en un caso de necropsia

H. Álvarez Argüelles, C. Manzano Sanz, V. Herreros Rodríguez, C. García Castro,
A. Hernández Guerra y L. Díaz Flores

Hospital Universitario de Canarias.

INTRODUCCIÓN

Los tumores epiteliales malignos secundarios del intestino son poco frecuentes. No obstante, se han descrito casos de metástasis intestinales de carcinomas de diverso origen, tal como broncopulmonar, gástrico, colónico, uterino, renal, suprarrenal, pancreático, ovárico y mamario, entre otros (1-4). Las metástasis intestinales de hepatocarcinoma son raras (5-7) y, al igual que las neoplasias secundarias que afectan al intestino, suelen adoptar una distribución serosa o subserosa, mientras que las metástasis submucosas y mucosas de configuración polipoides resultan un hallazgo excepcional.

El interés del presente trabajo radica en el estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico de un caso de hepatocarcinoma asociado a metástasis polipoides múltiples en el intestino delgado.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de un varón de 71 años, diagnosticado clínicamente de carcinoma de origen desconocido, con metástasis hepáticas y hemorragia digestiva alta como posible causa de muerte. El estudio necrópsico manifestó un hígado hipertrófico, de 2550 g y multinodular, que al corte presentaba una superficie difusamente micronodular, además de una gran masa pardo amarillenta de 18 x 14 cm, con nódulos satélite, que prácticamente ocupaba la totalidad del lóbulo hepático derecho. A la abertura del duodeno y yeyuno se observaron numerosas tumoraciones polipoides (24 en total), de coloración pardo amarillenta, que medían entre 0,3 y 0,5 cm de diámetro (Fig. 1). En el páncreas, retroperitoneo, suprarrenales y ganglios del hilio renal se advertían masas tumorales de similares características.



Figura 1. Segmento intestinal que muestra una pequeña tumoración polipode haciendo relieve en la mucosa.



Figura 2. Formación intestinal polipode provista de un fino pedículo y ensanchamiento tumoral distal (original, HE x20).

El estudio microscópico del hígado mostró una cirrosis micronodular, así como áreas de crecimiento tumoral epitelial que adoptaban un patrón trabecular-sinusoidal o pseudoglandular-acinar. Las células tumorales proliferantes, aunque atípicas, semejaban células hepatocitarias y exhibían frecuentes figuras de mitosis, algunas anómalas.

Microscópicamente las tumoraciones descritas en el intestino correspondían a masas polipoides, provistas de un delgado pedículo, que en su porción distal incluían un crecimiento neoplásico superficial submucoso, que infiltraba y ulceraba la mucosa intestinal en forma de nidos o cordones, sin que ofrecieran continuidad o transición con glándulas intestinales (Figs. 2 a 4A).

En el estudio inmunohistoquímico, mediante peroxidasa-antiperoxidasa y utilizando como cromógeno diaminobencidina, se comprobó positividad en el citoplasma de células tumorales para el antígeno oncofetal alfafetoproteína (Fig. 4B).

El diagnóstico anatomopatológico definitivo fue de hepatocarcinoma multicéntrico con metástasis pulmonares, tiroideas, pancreáticas, intestinales (polipoides), suprarrenales y ganglionares múltiples. La causa última de muerte del paciente se debió a una hemorragia masiva digestiva secundaria a una úlcera duodenal.

DISCUSIÓN

Ya se ha indicado la rareza de las metástasis de carcinomas en la pared del intestino delgado (2-4, 8), si bien es conocida la afectación secundaria intestinal por neoplasias de otra estirpe o naturaleza, tales como melanomas, rhabdomyosarcomas o tumores de células germinales (1-3, 8).



Figura 3. La cabeza del pólipo comprende la mucosa y la submucosa intestinal invadidas por un crecimiento neoplásico con patrón trabecular (original, HE $\times 40$).

En la revisión realizada, constatamos que las metástasis intestinales por hepatocarcinomas son muy poco frecuentes (5, 7). Concretamente, en nuestro país, Martínez Tello y cols. (6), en una serie de 183 casos de carcinoma hepático metastásico, refieren afectación secundaria del tracto digestivo en el 3% del total.

La existencia de metástasis en la pared intestinal con extensión mucosa-submucosa y de configuración polipoides se ha descrito en carcinomas renales (8) y melanomas (2). Sin embargo, no tenemos constancia de descripciones de tumores polipoides múltiples intestinales correspondientes a metástasis de hepatocarcinoma, como el caso que presentamos.

En nuestro estudio, la detección inmunohistoquímica de alfafetoproteína en células tumorales de los pólipos intestinales resulta un hallazgo que refuerza el diagnóstico de metástasis polipoides de hepatocarcinoma. Con todo, se describen tumores primarios extrahepáticos con características microscópicas e inmunohistoquímicas de hepatocarcinoma (carcinomas hepatoides), aunque en ningún caso de localización intestinal (9-12).

Por último, hemos de indicar el carácter incuestionablemente metastásico de las tumoraciones intestinales de este estudio, que se fundamenta en los hallazgos macroscópicos de la autopsia, en las características microscópicas de los pólipos intestinales, que muestran ulceración

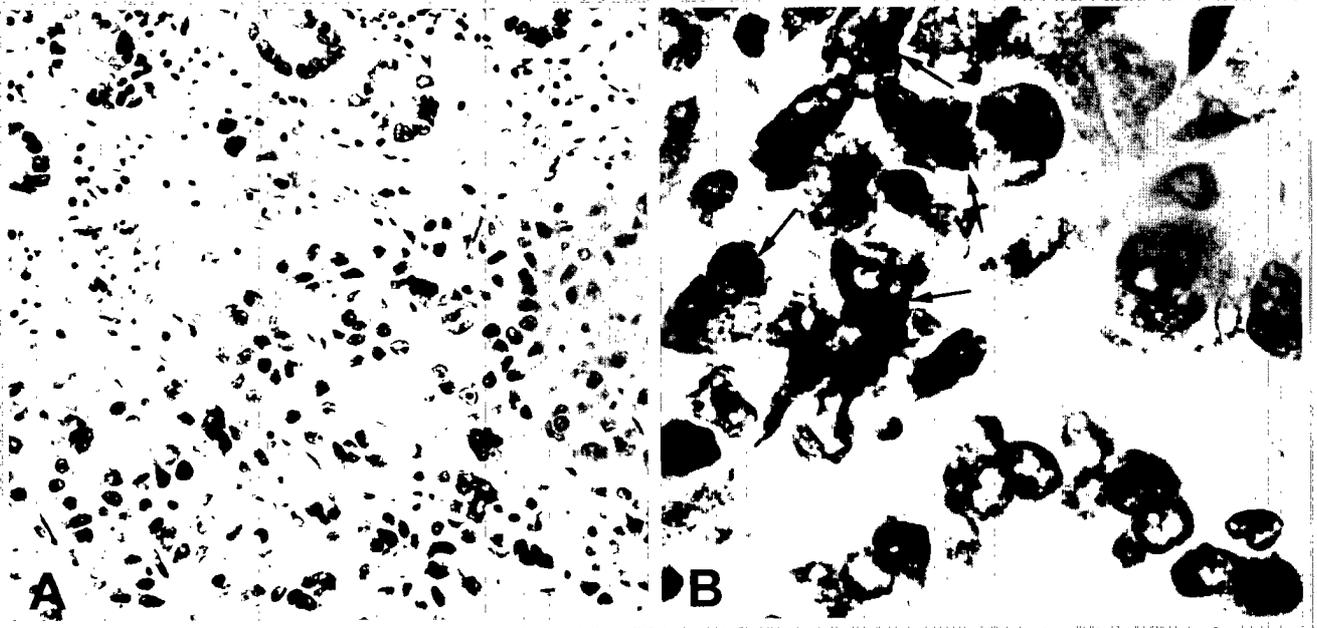


Figura 4. A) Adyacentes a glándulas intestinales pueden observarse cordones de células tumorales atípicas (original, HE $\times 200$). B) Células tumorales que demuestran inmunotinción positiva para la alfafetoproteína (flechas) (original, PAP $\times 1000$).

tumoral de la mucosa sin continuidad con las glándulas intestinales adyacentes, así como en la demostración inmunohistoquímica de alfafetoproteína en células neoplásicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fenoglio-Preiser C, Lantz P, Davis M, Listrom M, Rilke F. Gastrointestinal pathology. An atlas and text. Raven Press, New York 1989; 378.
2. Fenoglio-Preiser C, Pascal R, Perzin K. Tumors of the intestine. Atlas of tumor pathology. 1990; AFIP. Washington 2nd ser, fasc. 27.
3. Ming S, Goldman H (Eds.). Pathology of gastrointestinal tract. WB Saunders Co., Philadelphia 1992.
4. Morson B, Dawson I, Day D, Jass J, Price A, Williams G. Morson and Dawson's gastrointestinal pathology. 3^a ed. Blackwell Scient Public, Oxford 1990; 369.
5. The Liver Cancer Study Group of Japan. *Primary liver cancer in Japan. Sixth report.* Cancer 1997; 60: 1400-1411.
6. Martínez Tello F, Sauras E, Merino L, Redecilla A. *Epidemiología y aspectos anatomoclínicos de los carcinomas hepáticos en España.* Patología 1977; Supl. X: 121-136.
7. Nakashima T, Okuda K, Kojiro M y cols. *Pathology of hepatocellular carcinoma in Japan. 232 consecutive cases autopsied in ten years.* Cancer 1983; 51: 863-877.
8. Rosai J. *Ackerman's surgical pathology.* 8^a ed. Mosby. St. Louis 1996; 1: 699.
9. Ishicura H, Kirimoto K, Shamoto M y cols. *Hepatoid adenocarcinoma of the stomach. An analysis of seven cases.* Cancer 1986; 58: 119-126.
10. Ishicura H, Scully R. *Hepatoid carcinoma of the ovary. A newly described tumor.* Cancer 1987; 60: 2775-2784.
11. Ishicura H, Kanda M, Ito M, Noshaka K, Nizuno K. *Hepatoid adenocarcinoma. A distinctive histologic subtype of alpha-fetoprotein-producing lung carcinoma.* Virchows Arch (A) 1990; 417: 73-80.
12. Ishicura H, Isighuro T, Enatsu C y cols. *Hepatoid adenocarcinoma of the renal pelvis producing alpha-fetoprotein of hepatic type and bile pigment.* Cancer 1991; 67: 3051-3056.