

Carcinoma hepatocelular con metástasis a glándula suprarrenal izquierda: reporte de un caso

Jorge E. Méndez-Sánchez^{1*}, J. Jesús Medina-Valencia¹, Samuel L. Carbajal-Avendaño¹,
Juan P. Gutiérrez-González² y Mariana Hernández-Robles²

¹Departamento de Cirugía Oncológica; ²Departamento de Patología. Hospital de Especialidades No. 1, Centro Médico Nacional del Bajío, IMSS, León, Gto., México

Resumen

Los cánceres hepáticos primarios representan la quinta neoplasia maligna más común en todo el mundo. Se encuentran metástasis extrahepáticas en el 10-15% de los pacientes al momento del diagnóstico. Las metástasis en las glándulas suprarrenales son raras. Describimos el caso de un paciente con carcinoma hepatocelular en lóbulo derecho, que se mantenía asintomático, pero durante la vigilancia en estudio tomográfico se observa tumor sólido en topografía de la glándula suprarrenal izquierda, por lo que se propone intervención quirúrgica, encontrando metástasis a los ocho meses después de la resección primaria.

Palabras clave: Carcinoma hepatocelular. Metástasis. Glándula suprarrenal. Reporte de caso. Resección.

Hepatocellular carcinoma with metastasis to the left adrenal gland: case report

Abstract

Primary liver cancers represent the fifth most common malignancy worldwide. Extrahepatic metastases are found in 10-15% of patients at diagnosis. Metastases to the adrenal glands are rare. We describe the case of a patient with hepatocellular carcinoma in the right lobe, who remained asymptomatic, but during surveillance in a CT study a solid tumor was observed in the topography of the left adrenal gland, so surgical intervention was proposed after metastasis was found 8 months after primary resection.

Keywords: Hepatocellular carcinoma. Metastasis. Adrenal gland. Case report. Resection.

*Correspondencia:

Jorge E. Méndez-Sánchez

E-mail: jorgemedicina31@gmail.com

2565-005X/© 2025 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 13-12-2024

Fecha de aceptación: 18-02-2025

DOI: 10.24875/j.gamo.25000087

Disponible en internet: 13-08-2025

Gac Mex Oncol. 2025;24(Supl):41-45

www.gamo-smeo.com

Introducción

El carcinoma hepatocelular es el más común de todos los cánceres de hígado y constituye un importante problema de salud pública mundial^{1,2}. Una gran cantidad de investigación se centra en el tratamiento óptimo de esta enfermedad, especialmente para el desarrollo de nuevas terapias sistémicas^{3,4}. Sin embargo, las únicas modalidades terapéuticas curativas siguen siendo la resección quirúrgica, el trasplante de hígado y la ablación en casos seleccionados^{5,6}.

La glándula suprarrenal es un sitio común de carcinoma hepatocelular metastásico, pero sigue siendo una entidad poco frecuente en la rutina clínica^{7,8}. Sobre todo, como se comenta en la literatura, en la mayoría de los casos se documentan metástasis ipsilaterales y no de forma contralateral^{9,10}.

Reporte de caso

Paciente de sexo masculino de 59 años, sin antecedentes personales patológicos de importancia, antecedentes heredofamiliares negados y sin referir antecedentes oncológicos por el paciente, el cual comienza su padecimiento en noviembre del 2023 con presencia de dolor abdominal en hipocondrio derecho, niega pérdida de peso, por lo que acude a valoración, donde de forma clínica se detecta tumor abdominal.

A la exploración física presenta palidez de piel y mucosas, abdomen globoso a expensas de tumor

palpable en toda la región abdominal, presencia de hepatomegalia con 6 cm debajo del reborde costal, refiere dolor a la palpación profunda en cuadrante inferior derecho, sin datos de irritación peritoneal.

Se realizaron estudios de gabinete como tomografía de abdomen (Fig. 1) con imagen de aspecto quístico, irregular, bordes mal definidos, con importante neovascularización en segmentos IVa, IVb, V, VI, VII, de 17.5 x 13.3 x 19.9 cm que desplaza el contenido visceral.

Se realizó laparotomía exploradora, donde se evidenció un tumor sólido altamente vascularizado dependiente de hígado con afectación de segmentos IVa, IVb, V, VI, VII, sin otros datos de actividad tumoral (Fig. 2). Por lo que se lleva a cabo hepatectomía derecha, sin complicaciones.

Se envía a patología un tumor de aproximadamente 2.2 kg con dimensiones de 27 x 25 x 15 cm con superficie externa integra, multilobulada, grisácea con aspecto nodular con reporte de carcinoma hepatocelular bien diferenciado.

Posteriormente se realiza vigilancia con tomografía (Fig. 3), sin tener ninguna complicación para la realización de esta y acudiendo adecuadamente a su cita de control donde se evidencia, ocho meses después de la intervención primaria, tumor en glándula suprarrenal izquierda homogénea, que mide 52 x 47 mm en sus ejes máximos, por lo que se propone resección quirúrgica sospechando de metástasis de primario conocido o como diagnósticos diferenciales segundo primario

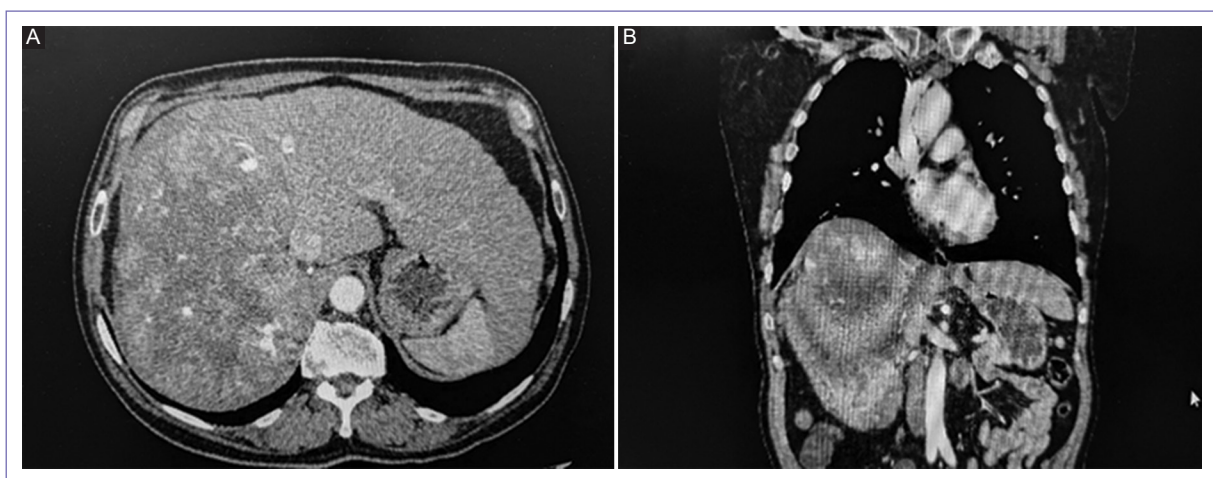


Figura 1. A: tomografía axial de abdomen en fase contrastada tumor hepático lóbulo derecho. **B:** imágenes coronales por tomografía abdominal contrastada donde se evidencia tumor a nivel de hígado con elevación de hemidiafragma derecho.

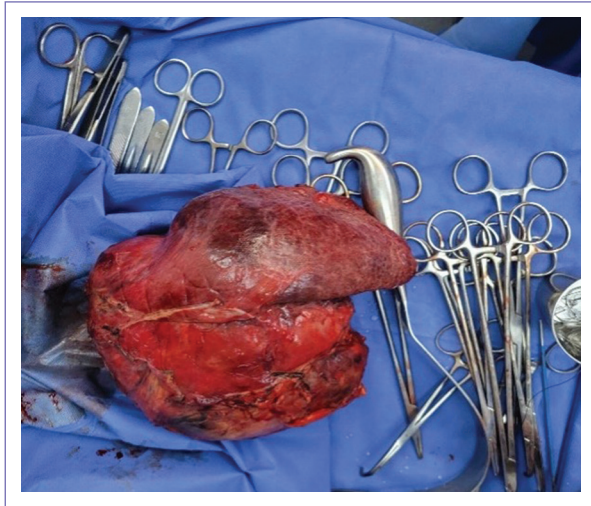


Figura 2. Tumor hepático de aproximadamente 20 x 19 x 17 cm con forma irregular, pétreo y con importante vascularidad.

por ser del lado contralateral o adenoma de glándula suprarrenal.

Se realiza intervención quirúrgica, realizando abordaje por incisión tipo Chevron e identificando tumor a nivel de glándula suprarrenal izquierda de 5 x 6 cm, en territorio con cola de páncreas, bazo y vasos renales izquierdos, así como riñón izquierdo, sin identificar otros datos de actividad tumoral.

En el reporte de patología se reporta carcinoma hepatocelular residual, bien diferenciado, con extensión a glándula suprarrenal izquierda de 6 x 6 x 4 cm (Fig. 4).

Respecto a nuestro paciente, tuvo una buena evolución, manteniéndose asintomático, cursando con esquema de inmunoterapia (primer ciclo), otorgado el día 31 de diciembre del 2024. Sin embargo, al tratarse de un carcinoma hepatocelular metastásico la

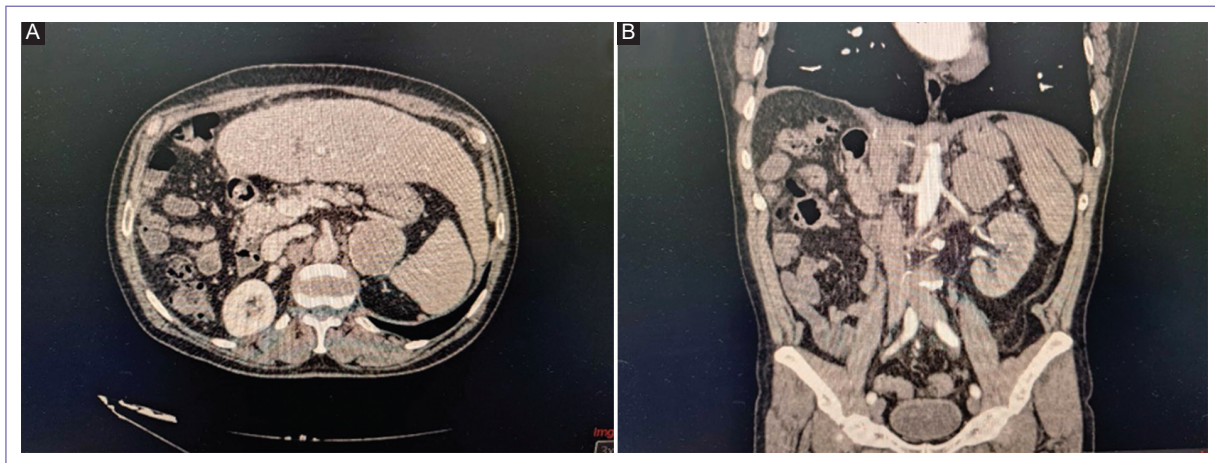


Figura 3. A: imágenes coronales por tomografía abdominal contrastada donde se evidencia tumor a nivel de glándula suprarrenal izquierda. B: tomografía axial de abdomen en fase contrastada tumor de glándula suprarrenal izquierda en cercanía con bazo y cola de páncreas.

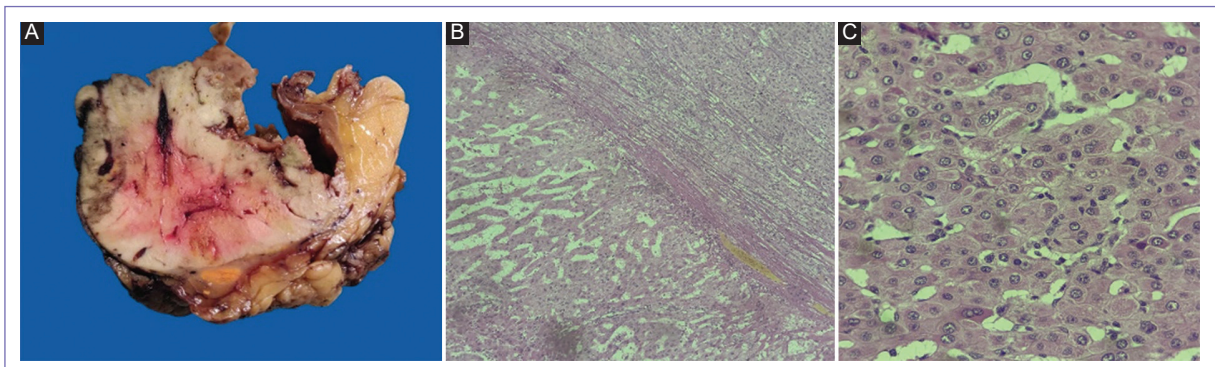


Figura 4. A: glándula suprarrenal izquierda de color café-amarillo, irregular con peso de 87 g, con medidas de 6.1 x 5 x 4.5 cm, con presencia de lesión amarilla violácea y ahulada al corte. B y C: corte histológico que corresponde a neoplasia moderadamente diferenciada con patrón trabecular en la porción inferior, en la porción superior glándula suprarrenal residual, con núcleos irregulares y nucleolos pequeños.

sobrevida global es de tan solo 24 meses y el periodo libre de enfermedad va del 16 al 27% a los cinco años.

Discusión

El carcinoma hepatocelular es una causa importante de morbilidad, según en el análisis de Alexandrescu^{11,12}. Las metástasis a glándulas suprarrenales representan la tercera causa de metástasis extrahepática (después de las de pulmón y hueso)¹³, y oscilan entre el 6.9 y el 19.1%^{14,15}. La mayoría de la bibliografía reporta metástasis en glándula suprarrenal de forma ipsilateral^{16,17}, por lo que el poder identificar recurrencia contralateral de carcinoma hepatocelular lo hace aún más raro, con reportes según Zeineddine que van del 4 al 10%^{18,19}.

La presencia de metástasis a nivel de glándula suprarrenal cuenta con pocos reportes en la literatura mundial²⁰, como observamos en nuestro caso, la recurrencia fue a tan solo ocho meses de la cirugía primaria, en los diferentes reportes bibliográficos se informa que la recurrencia aparece de forma más tardía, como expresan Kawaguchi y Miyajima, donde el promedio es a los 18 a 24 meses^{21,22}.

El tratamiento en este tipo de escenarios es valorar la factibilidad y los criterios de resección ante cualquier recurrencia, ya que la adyuvancia en carcinoma hepatocelular no es concluyente²³.

La evaluación de las posibles causas, asociadas a esta patología es la agresividad de la misma histología, se puede considerar tratamiento con inmunoterapia para intentar controlar la enfermedad y tener un periodo libre de recurrencia mayor, por lo que es importante la evaluación multidisciplinaria para determinar el mejor tratamiento²⁴.

Al reportar nuestro caso, reforzamos la importancia de entender que la biología tumoral del cáncer hepatocelular es acometedor, con opciones de tratamiento limitadas, y detectar oportunamente la progresión de la enfermedad, tanto de forma clínica como imagenológica favorece al pronóstico.

Agradecimientos

Un especial agradecimiento a la Universidad de Guanajuato y al Instituto Mexicano del Seguro Social, UMAE T1.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su institución, han obtenido el consentimiento informado de los pacientes, y cuentan con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron algún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Bibliografía

1. Igarashi T, Harimoto N, Matsumura N, Masaya S, Kenichirō A, Takehiko Y, et al. Fairly rare small-diameter hepatocellular carcinoma with right adrenal gland metastasis having an inferior vena cava tumor thrombus: a case report. *Surg Case Rep.* 2019;5:170.
2. Sormaz IC, Yegen G, Akyuz F, Fatih T, Yasemin S. Recurrent hepatocellular carcinoma in the right adrenal gland 11 years after liver transplantation for hepatocellular carcinoma: a case report and literature review. *Indian J Surg.* 2017;79:450-4.
3. Abdel Wahab M, Shehta A, Ibrahim EM, Rehab B, Ahmed A, Khaled R, et al. Adrenalectomy for solitary recurrent hepatocellular carcinoma five years after living donor liver transplantation: a case report. *Int J Surg Case Rep.* 2019;54:23-7.
4. Kawaguchi T, Miyajima I, Kaji R, Shigenari S, Takashi F, Atsushi M, et al. Recurrent hepatocellular carcinoma and adrenal metastasis without intrahepatic metastasis detected 22 years after hepatic resection: a case report. *Nihon Shokakibyo Gakkai Zasshi.* 2015;112:2176-82.
5. Teegen EM, Mogl MT, Pratschke J, Rayes N. Adrenal metastasis of hepatocellular carcinoma in patients following liver resection or liver transplantation: experience from a tertiary referral center. *Int J Surg Oncol.* 2018;2018:4195076.
6. Fassnacht M, Arlt W, Bancos I, Dralle H, Newell-Price J, Sahdev A, et al. Management of adrenal incidentalomas: European Society of Endocrinology Clinical Practice Guideline in collaboration with the European Network for the Study of Adrenal Tumors. *Eur J Endocrinol.* 2016;175:G1-G34.
7. Huitzil-Melendez FD, Capanu M, O'Reilly EM, Duffy A, Gansukh B, Saltz LL, et al. Advanced hepatocellular carcinoma: which staging systems best predict prognosis? *J Clin Oncol.* 2010;28(17):2889-95.
8. Katyal S, Oliver JH III, Peterson MS, Ferris JV, Carr BS, Baron RL. Extrahepatic metastases of hepatocellular carcinoma. *Radiology.* 2000;216:698.
9. Hong S, Kim T, Sung KB, Kim P, Ha H, Kim A, et al. Extrahepatic spread of hepatocellular carcinoma: a pictorial review. *Eur Radiol.* 2003;13:874-82.
10. Tsalis K, Zacharakis E, Sapidis N, Lambrou I, Zacharakis E, Betsis D. Adrenal metastasis as first presentation of hepatocellular carcinoma. *World J Surg Oncol.* 2005;3:50.
11. Park JS, Yoon DS, Kim KS, Jin Sub C, Woo Jung L, Hoon Sang C, et al. What is the best treatment modality for adrenal metastasis from hepatocellular carcinoma? *J Surg Oncol.* 2007;96:32-6.
12. El-Kholy MA, Abu-Seadah SS, Hasan A, Elhussiny MEA, Abdelwahed MS, Hanbazazh M, et al. The role of epithelial cell adhesion molecule cancer stem cell marker in evaluation of hepatocellular carcinoma. *Medicina.* 2024;60(6):915.
13. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *BMJ Case Rep.* 2013;2013:bcr2013201554.

14. Chen J, He Y, Zeng X, Zhu S, Li F. Distinguishing between metastatic and benign adrenal masses in patients with extra-adrenal malignancies. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2022;13:978730.
15. Tallis PH, Rushworth RL, Torpy DJ, Falhammar H. Adrenal insufficiency due to bilateral adrenal metastases - A systematic review and meta-analysis. *Heliyon*. 2019;5(5):e01783.
16. Ambroziak U. Approach to large adrenal tumors. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2021;28(3):271-6.
17. Alexandrescu ST, Croitoru AE, Grigorie RT, Tomescu DR, Droc G, Grasu MC, et al. Aggressive surgical approach in patients with adrenal-only metastases from hepatocellular carcinoma enables higher survival rates than standard systemic therapy. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*. 2021;20(1):28-33.
18. Paganetti C, Heigl A, Rosenberg R, Vetter M, Haslbauer J, Steuerwald M. Case report: 65-year-old man with metachronous left sided adrenal metastasis of hepatocellular carcinoma. *Int J Surg Case Rep*. 2024;119:109683.
19. Ueda T, Oe S, Yoneda A, Koya Y, Nebuya S, Miyagawa K, et al. A case of adrenal metastasis of hepatocellular carcinoma diagnosed by endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration. *DEN Open*. 2024;4(1):e362.
20. Zeineddine FA, Ahmed Z, Victor D, Farach A, Divaitia M, Kodali S. Hepatocellular carcinoma recurrence as isolated adrenal metastasis. *ACG Case Rep J*. 2023;10(6):e01065.
21. Schlageter L, Quagliata M, Matter V, Perrina L, Terracciano L. Clinico-pathological features and meta-static pattern of hepatocellular carcinoma: an autopsy study of 398 patients. *Pathobiology*. 2016;83(6):301-7.
22. Andreou A, Bahra M, Schmelzle M, Öllinger R, Sucher R, Sauer I, et al. Predictive factors for extrahepatic recurrence of hepatocellular carcinoma following liver transplantation. *Clin Transplant*. 2016;30(7):819-27.
23. Hirokawa F, Hayashi M, Miyamoto Y, Asakuma M, Shimizu T, Komeda K, et al. Surgical treatment of extrahepatic recurrence of hepatocellular carcinoma. *Langenbecks Arch Surg*. 2014;399:1057-64.
24. Chon YE, Lee HA, Yoon JS, Park JY, Kim BH, Lee IJ, et al. Hepatocellular carcinoma in Korea between 2012 and 2014: an analysis of data from the Korean nationwide cancer registry. *J Liver Cancer*. 2020;20:135-47.