

Conducta a seguir ante una lesión hepática focal reportada por imagenología. Parte I

Behavior to be followed in presence of focal hepatic lesion. First part.

José Antonio Camacho Assef (1), Alberto Martínez Sarmiento (2), Luís Laureano Soler Porro (3)

Resumen

La lesión hepática focal constituye una formación de contenido sólido o líquido que no forma parte de la arquitectura anatómica normal de la glándula hepática, de naturaleza muy variada y curso benigno o maligno. Representa un hallazgo frecuente, debido al creciente empleo de técnicas de imagen en pacientes que presentan sintomatología abdominal inespecífica. A priori, esta lesión incidental crea un verdadero ambiente de preocupación para pacientes y familiares y un reto para el médico de asistencia, quién tendrá la responsabilidad de organizar un plan diagnóstico para desentrañar su verdadera etiología. En el presente artículo se reportan las posibilidades diagnósticas más frecuentes, así como la estrategia recomendada para esclarecer su origen. Por su extensión e importancia se subdivide en dos partes, la primera abordará las lesiones de contenido líquido y sólidas, de origen benigno y en la segunda parte las lesiones malignas.

Palabras clave: HÍGADO, HEMANGIOMA, ABSCESO HEPÁTICO, QUISTE HEPÁTICO, HIPERPLASIA NODULAR FOCAL.

1. Especialista de Primer Grado en Gastroenterología. Jefe de Servicio de Gastroenterología.
2. Especialista de Primer Grado en Gastroenterología.
3. Especialista de Primer Grado en Gastroenterología. Jefe de Servicio de Gastroenterología. Hospital Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech. Camaguey.

Introducción

La lesión focal hepática se define como una formación de contenido sólido o líquido que no forma parte de la anatomía normal del hígado, y que se distingue de este mediante técnicas de imagen. Es de naturaleza muy variada y comprende desde lesiones benignas de curso indolente hasta tumores malignos de naturaleza agresiva (Tabla I). Es un hallazgo frecuente, debido al uso creciente de técnicas de imagen en pacientes que presentan sintomatología abdominal inespecífica (1).

La filiación diagnóstica de una lesión focal hepática se fundamenta en los hallazgos clínicos, los datos analíticos, las técnicas de imagen y, con frecuencia, en el estudio histológico (1,2). A priori una lesión incidental en un paciente asintomático, sin antecedentes neoplásicos ni de hepatopatía, suele ser benigna, siendo las más prevalentes en nuestro medio los quistes, los hemangiomas y la hiperplasia nodular focal (HNF) (3). En cambio, una lesión hepática en un paciente cirrótico obliga a descartar el carcinoma hepatocelular (CHC).

La valoración inicial es relevante para descartar factores predisponentes a ciertos tumores. Así, los antecedentes de ingesta de anovulatorios en una mujer joven deben hacer sospechar la presencia de un adenoma hepatocelular, la cirrosis es un estado pre-neoplásico para el desarrollo del carcinoma hepatocelular y la colangitis esclerosante predispone a la aparición del colangiocarcinoma. Las serologías de los virus de la hepatitis, del equinococo y de la entamoeba, pueden orientar el diagnóstico, al igual que algunos marcadores tumorales. Sin embargo, el diagnóstico definitivo se establece mediante dos pruebas esenciales: técnicas de imagen y estudio cito-histológico(1,2).

Las características radiológicas de las lesiones orientan sobre su contenido sólido (tumores benignos o malignos) o líquido (quistes, abscesos, etc.). La vascularización de los tumores sólidos sugiere su posible etiología(3). Característicamente los tumores con hipervascularización arterial pueden ser benignos, como el adenoma o la HNF, o malignos, como el carcinoma hepatocelular y algunas metástasis de tumores neuroendocrinos o del hipernefoma. La tomografía abdominal (TAC) y la

resonancia magnética (RM) con uso de contrastes vasculares -gadolinio- o férricos -ferumóxidos- han desplazado las pruebas isotópicas y permiten obviar, en muchos casos, el diagnóstico histológico.

El estudio anatomopatológico es, a veces, el único procedimiento que garantiza el diagnóstico definitivo. Es útil para filiar las características y el origen de las lesiones metastásicas y para distinguir las lesiones displásicas del carcinoma hepatocelular. Asimismo, puede ser imprescindible para distinguir el adenoma hepático de la HNF, o para filiar la naturaleza de algunas lesiones atípicas. En esta guía práctica clínica se revisarán las lesiones hepáticas más frecuentes en nuestro medio y se propondrá una aproximación diagnóstica (Fig. 1 A) y terapéutica.

Desarrollo

LESIONES QUÍSTICAS

Quiste simple

El quiste hepático simple es una lesión congénita que afecta al 2-7% de la población(4-8). Generalmente es único, contiene un líquido seroso y está tapizado por epitelio cuboidal igual al biliar, sin comunicación con los conductos biliares(4-&). Ante una lesión múltiple hay que descartar la poliquistosis hepática y/o renal. Es un hallazgo casual en un paciente asintomático, aunque si alcanza gran tamaño (diámetro > 10 cm) puede ocasionar dolor. Raramente causa ictericia, infección o hemorragia (<5%) (5,7). Su diagnóstico es radiológico, apareciendo por ecografía como una lesión anecoica, sin pared y con refuerzo posterior(6,8), y por RM como una lesión hiperintensa en T2 sin captación de contraste(5). Si produce síntomas se puede drenar por vía percutánea. Simultáneamente se recomienda inyectar una sustancia esclerosante, como el alcohol o la tetraciclina, aunque es frecuente la recidiva(6,7). En caso de hemorragia grave o infección recurrente, se recomienda el abordaje quirúrgico(7).

Absceso hepático

El absceso hepático piógeno está causado por gérmenes de origen gastrointestinal, como consecuencia de una colangitis por obstrucción biliar (40% de los casos) o una bacteriemia portal secundaria a infecciones gastrointestinales como diverticulitis o apendicitis(2,10-11).. La sospecha clínica se fundamenta en la presencia de mal estado general, fiebre, anorexia, dolor en hipocondrio derecho y leucocitosis. La TAC permite confirmar el diagnóstico, al objetivar una o varias lesiones quísticas con un halo perilesional hipercaptante en el estudio dinámico y en ocasiones con gas en su interior(2,10-11). Los hemocultivos son positivos en el 60% de los casos 11. El tratamiento incluye antibióticos, junto al drenaje percutáneo o quirúrgico (10-11).

El absceso piógeno debe distinguirse del absceso amebiano, raro en nuestro medio, causado por Entamoeba histolítica. Las manifestaciones clínicas son superponibles, aunque aparece en pacientes con antecedentes de viajes a países con amebiasis endémica. Las pruebas de imagen no permiten diferenciarlo del absceso piógeno pero sí las serológicas que son positivas en el 90% de los casos. El tratamiento de elección es el metronidazol, aunque debe considerarse el drenaje en casos refractarios (12).

LESIONES SÓLIDAS

Hemangioma hepático

El hemangioma es el tumor hepático más frecuente, con una prevalencia del 0,4-7,4% (2,4,13). Es de origen vascular, compuesto de grandes vasos tapizados por células endoteliales maduras incluidas en un estroma fibroso(2,4,5,14) Es más frecuente en mujeres y suele ser único y de pequeño tamaño, aunque ocasionalmente puede alcanzar hasta 20 cm 1,2,4,13. En la mayoría de los casos suele ser un hallazgo casual en un paciente asintomático o con síntomas abdominales inespecíficos 1,2,5,13. Su historia natural es indolente y se mantiene estable a lo largo del seguimiento, aunque puede crecer en relación con el embarazo o tratamientos estrogénicos 1,2,13,14. Raramente causa molestias y sólo de forma excepcional se asocia a trombopenia, coagulopatía de consumo y anemia microangiopática (Sd. Kassabach Merritt).

El diagnóstico es radiológico. La ecografía muestra una lesión hiperecogénica, bien definida, aunque en caso de trombosis intratumoral la lesión es más heterogénea 13,14. La RM es la técnica fundamental para distinguir el hemangioma atípico de los tumores malignos 2,13-15. El hemangioma suele ser hiperintenso en T2 y presenta una captación típica del contraste (fases iniciales: hipocaptación o

captación periférica nodular; fases tardías: extensión hacia el centro) 4,5,14,15. La gammagrafía con hematíes marcados puede ser útil en casos atípicos por RM, en tumores mayores de 2 cm 14,16. El tratamiento es sintomático y sólo excepcionalmente se considerará la cirugía 1,2,14.

Hiperplasia nodular focal

La hiperplasia nodular focal es un tumor benigno, con una prevalencia del 0,01% en la población general 2,4,5,17. Su tamaño generalmente es menor de 5 cm, pero puede oscilar entre 1-20 cm y ser múltiple en el 20% de los casos 4,5,17. Se considera una proliferación hiperplásica de hepatocitos normales en respuesta a una malformación arterial preexistente 1,2,5,17. Histológicamente, está compuesta por hepatocitos organizados de forma anormal, en láminas sin formar lobulillos, que contiene células de Kupffer y conductos biliares anormales no conectados con el sistema biliar. Las lesiones grandes suelen poseer una cicatriz central formada por un estroma fibroso, junto a una arteria nutricia y a conductos biliares hiperplásicos 5,17-19.

La HNF es más frecuente en mujeres en edad reproductiva 2,5, asienta sobre un hígado sano y suele ser un hallazgo casual, ya que cursa de forma asintomática. En casos excepcionales, pueden ocasionar dolor en el hipocondrio derecho 2. No se han descrito casos de hemorragia ni de malignización 1,2,17. La toma de anticonceptivos orales o el embarazo pueden favorecer su crecimiento, aunque no su formación 1,5,17. La RM es la prueba de elección para el diagnóstico de esta entidad y ha desplazado totalmente el uso de la gammagrafía hepática. La HNF es isointensa en T1, e iso o levemente hiperintensa en T2, excepto la cicatriz central, que es claramente hiperintensa 4,5,17,19. Es una lesión hipercaptante tras la administración de gadolinio. El uso de ferumóxidos puede aumentar la eficacia diagnóstica de la RM 3.

En un paciente asintomático, sin alteraciones de la bioquímica hepática, puede establecerse el diagnóstico de HNF mediante RM en un 70% de casos 17,18. En el resto de los casos, el diagnóstico diferencial con un adenoma hepático requiere su estudio histológico. El tratamiento de la HNF es conservador. Se recomienda retirar los anticonceptivos orales, pues puede disminuir de tamaño 2. La resección quirúrgica sólo es aconsejable en caso de dudas diagnósticas.

Adenoma hepatocelular

El adenoma hepatocelular es un tumor infrecuente (prevalencia: 0,001%), casi exclusivo de mujeres en edad fértil 2,5,17. Se asocia a la ingesta de anticonceptivos orales y, con menor frecuencia, de agentes anabolizantes androgénicos y a la glucogenosis tipo I 2,4,5,17. Generalmente es único. Cuando es múltiple (10-20% casos) se debe considerar el diagnóstico de adenomatosis hepática múltiple 2,4,17,18. Histológicamente, está formado por hepatocitos sin atipias, dispuestos en hileras, separados por sinusoides dilatados y sin espacios porta ni conductos biliares 2,5.

Es un tumor sintomático en la mayoría de casos, ya que suele provocar dolor en el hipocondrio derecho. La complicación más frecuente es el hemoperitoneo, cuyo riesgo aumenta cuando el tamaño del tumor supera los 5 cm y cuando, tras el diagnóstico, se persiste con el uso de anticonceptivos 1,2,17,18. Asimismo, se ha demostrado su degeneración en carcinoma hepatocelular 1,4,17.

El diagnóstico de adenoma puede ser difícil, incluso contando con técnicas de imagen avanzadas e histología (17). Por RM se caracteriza por ser hiperintenso en T2 y ocasionalmente también en T1, presentando una hipercaptación en la fase arterial, mientras que en fases parenquimatosas el tumor se comporta como isointenso/denso respecto al parénquima hepático 2,5,17,19. La escasa presencia de células de Kupffer explica la ausencia de captación de coloide en la gammagrafía hepática con Tc99, técnica en desuso para su diagnóstico diferencial con la HNF 1,2.

El tratamiento del adenoma hepatocelular es quirúrgico, sea o no sintomático, debido al riesgo que existe de hemorragia o de malignización 1,16,17. Los casos de adenomatosis hepática múltiple requieren una decisión individualizada.

Abstract

The focal hepatic lesion constitutes a formation of solid or liquid content that do not comprise the normal anatomical architecture of the hepatic gland, of very varied nature and benign or malignant course. It represents a frequent finding, due to the increasing use of imaging techniques in pts who present unspecific abdominal symptomatology. A priori, this incidental lesion creates a true atmosphere of preoccupation for pts and relatives and a challenge for the assistance physician, who will have the

responsibility to organize a diagnostic plan to unravel its true etiology. In the present article the more frequent diagnostic possibilities are reported, as well as the recommended strategy to clarify their origin. By its extension and importance it is subdivided in two parts, the first will approach the injuries of liquid and solid content of benign origin and in the second part the malignant lesions.

Referencias Bibliograficas

1. Reddy KR, Schiff E. Approach to a liver mass. *Seminars in liver disease* 1993; 13: 423-35.
2. Rubin RA, Mithchell DG. Evaluation of the solid hepatic mass. *Med Clin North Am* 1996; 80: 907-28.
3. Ros PR, Davis GL. The incidental focal liver lesion: Photon, Proton, or Needle? *Hepatology* 1998; 27: 1183-90.
4. Horton KM, Bluemke DA, Hruban RH, et al. CT and MR imaging of benign hepatic and biliary tumors. *Radiographics* 1999; 19: 431-51.
5. Fulcher AS, Sterling RK. Hepatic Neoplasms. *J Clin Gastroenteol* 2002; 34: 463-71.
6. Benhamou JP, Menu Y. Enfermedades quísticas no parasitarias del hígado y del árbol biliar. En: Rodes, Benhamou, Bircher, eds. *Tratado de Hepatología Clínica*. 2ª ed. Masson, 2001. p. 911-3.
7. Zozaya JM, Rodríguez C, Aznarez R. Quistes hepáticos no parasitarios. En: Berenguer M, Bruguera M, García M, Rodrigo L, eds. *Tratamiento de las enfermedades hepáticas y biliares*. ELBA S.A., 001. p. 333-41.
9. Kew MC. Hepatic tumors and cysts. En: Sleissenger, Fordtran, eds. *Gastrointestinal and liver diseases*. 7ª ed. Filadelfia: Saunders, 2002. p. 1577-602.
10. Breson-Hadni S, Miguet JP, Vuitton DA. Equinococosis hepática. En: Rodes, Benhamou, Bircher, eds. *Tratado de Hepatología Clínica*. 2ª ed. Masson, 2001.
11. Hidalgo M, Castillo MJ, Eymar JL. Hidatidosis hepática y abscesos hepáticos. En: Berenguer M, Bruguera M, García M, Rodrigo L, eds. *Tratamiento de las enfermedades hepáticas y biliares*. ELBA s.a., 2001. p. 301-
12. Kibbler CC, Sánchez-Tapias JM. Infecciones bacterianas y Rickettsiosis. En: Rodes, Benhamou, Bircher, eds. *Tratado de Hepatología Clínica*. 2ª ed. Masson, 2001
13. Martínez-Palomo. Infecciones protozoarias. En: Rodes, Benhamou, Bircher, eds. *Tratado de Hepatología Clínica*. 2ª ed. Masson, 2001
14. Gandolfi L, Leo P Solmi L, et al. Natural history of hepatic haemangiomas: clinical and ultrasound study. *Gut* 1999; 32: 677-80.
15. Benhamou JP. Tumores hepáticos y biliares benignos. En: Rodes, Benhamou, Bircher, eds. *Tratado de Hepatología Clínica*. 2ª ed. Masson, 2001. p. 1671-7.
16. Mitchell DG, Saini S, Weinreb J, et al. Hepatic metastases and cavernous hemangiomas: distinction with standard and triple-dose gadoteridol-enhanced MR imaging. *Radiology* 1994; 193: 49-57.
17. Weimann A, Burckhardt R, Klempnauer J, et al. Benign liver tumors: differential diagnosis and indications for surgery. *World J Surg* 1997; 21: 983-91.
18. Flejou JF, Menu Y, Benhamou JP. Tumores hepáticos y biliares benignos. En: Rodes, Benhamou, Bircher, eds. *Tratado de Hepatología Clínica*. 2ª ed. Masson, 2001. p. 1671-7

Anexos

Tabla I. Lesiones focales hepáticas

Tumores benignos	
Hepatocelulares:	Hiperplasia nodular focal, adenoma hepatocelular
Biliares:	Cistoadenoma biliar, hamartoma biliar (complejos de von Meyenburg)
Quísticos:	Quiste simple, quiste hidatídico, absceso piógeno/amebiano
Mesenquimales :	Hemangioma cavernoso, lipoma, angiomiolipoma, leiomioma, fibroma, teratoma, tumor fibroso solitario, mielolipoma, mixoma
Otras lesiones:	Infiltración grasa focal, pseudotumor inflamatorio
Tumores malignos	
<i>Primarios</i>	
Hepatocelulares:	Carcinoma hepatocelular, hepato-colangiocarcinoma. Hepatoblastoma
Biliares:	Colangiocarcinoma, cistadenocarcinoma
Mesenquimales:	Angiosarcoma, hemangioendotelioma epitelioide, fibrosarcoma, leiomiosarcoma, liposarcoma, sarcoma indiferenciado, sarcoma indiferenciado, carcinosarcoma, rhabdomiosarcoma
Otros:	Linfoma
<i>Metastásicos</i>	
Adenocarcinomas:	Cólon, pulmón, mama, estómago, páncreas, próstata, ovario
Escamoso:	Tumores del tracto urinario, tiroides
Otros:	Pulmón, esófago, laringe, perineales
	Sarcomas, linfomas, melanomas, neuroendocrinos

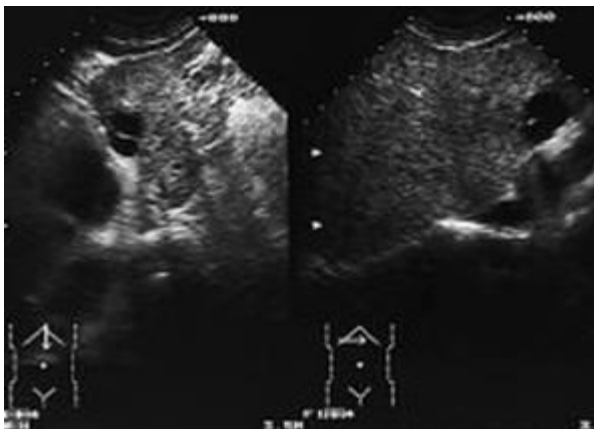


FIGURA 1: Quiste hepático simple del lóbulo hepático izquierdo de aproximadamente 2 cm de diámetro.

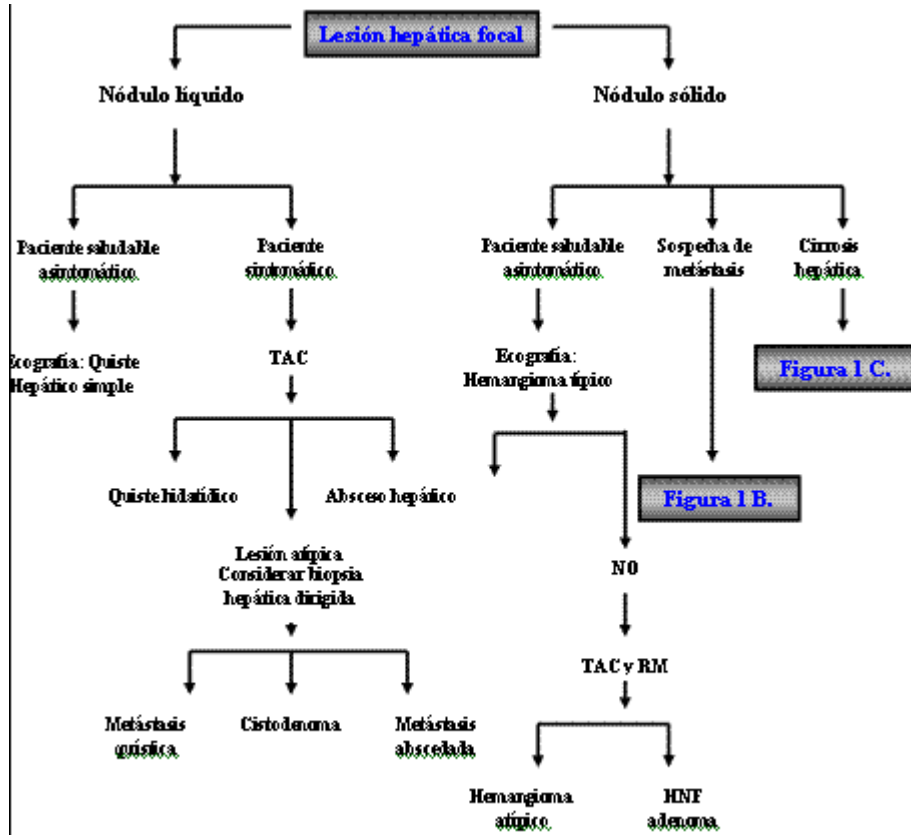


FIGURA 1 A. Estrategia diagnóstica ante una lesión hepática focal.

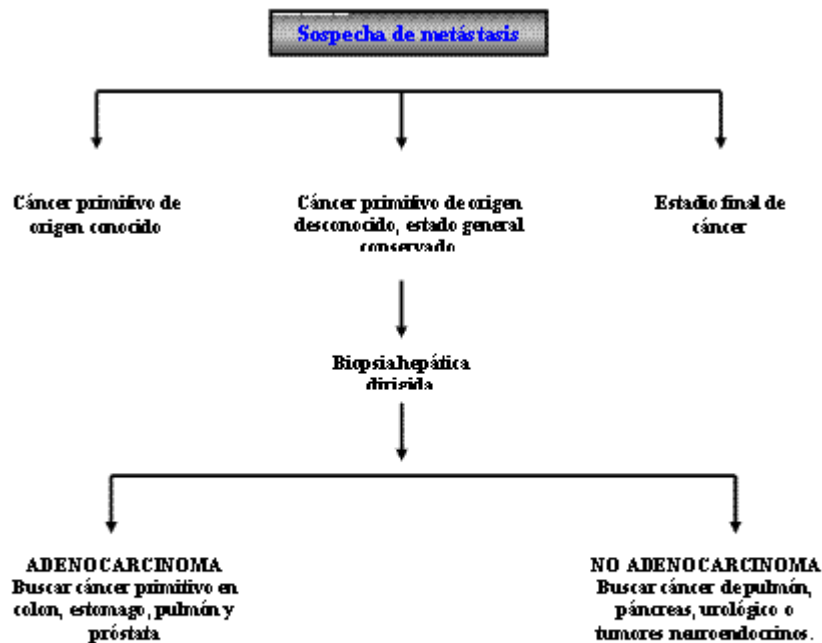


FIGURA 1 B. Estrategia diagnóstica ante la sospecha de una lesión hepática metastásica.

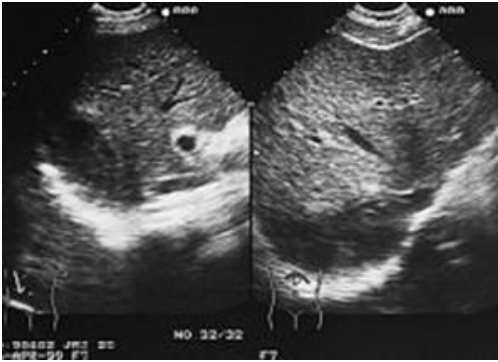


FIGURA 2 Corte longitudinal y transversal en hipocondrio derecho, que muestra una lesión líquida en cara posterior del lóbulo derecho hepático, de contorno irregular y con algunos ecos internos, que se trataba de un absceso.

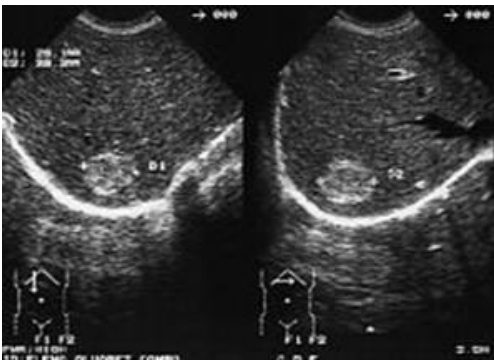


FIGURA 3 Angioma hepático de 3 cm. en lóbulo derecho hepático (D1 y D2).

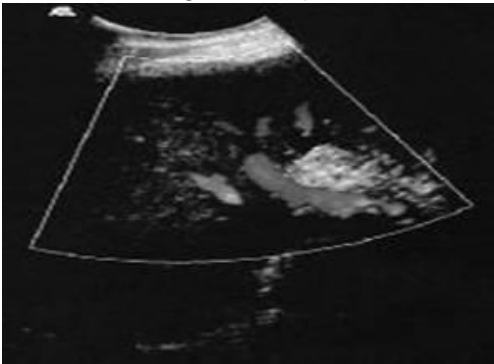


FIGURA 4 Hemangioma con Doppler-color.

