

# Cirujano General

Volumen  
*Volume* 24

Número  
*Number* 1

Enero- Marzo  
*January-March* 2002

*Artículo:*

## Pseudotumor inflamatorio de focos múltiples en hígado. Informe de un paciente

Derechos reservados, Copyright © 2002:  
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

### Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

### *Others sections in this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**Medigraphic.com**

# Pseudotumor inflamatorio de focos múltiples en hígado. Informe de un paciente

*Multiple foci inflammatory pseudotumor of the liver.  
Report on one patient*

*Dr. Elías Dergal Badue,*

*Dr. Marino Capurso García,*

*Dr. José Garmilla Espinosa,*

*Dr. Leopoldo Guzmán Navarro,*

*Dr. José Arturo Hernández Valencia*

## Resumen

**Objetivo:** Describir el caso de un paciente que presentó un pseudotumor inflamatorio hepático.

**Sede:** Hospital de tercer nivel de atención.

**Diseño:** Descripción de un caso.

**Descripción del caso:** Paciente masculino de 35 años de edad, sin antecedente de patología hepática, ingresó con dolor en hipocondrio derecho y fiebre de 39°C de dos semanas de evolución. El ultrasonido hepático mostró defectos de llenado compatibles con abscesos en el lóbulo derecho y la tomografía axial computada (TAC) mostró lesiones sugestivas de metástasis, los estudios de laboratorio fueron normales, ACE, AFP y Ca 19-9 fueron negativos y no se demostró alteración de tipo infeccioso. Se hizo al paciente laparoscopía diagnóstica que descartó la presencia de tumoración intraabdominal y se tomaron biopsias de las lesiones hepáticas cuyo diagnóstico histológico fue compatible con el de pseudotumor inflamatorio. Con este resultado se decidió dar tratamiento sintomático con antibióticos y esteroides. Los síntomas remitieron en una semana y una nueva TAC, realizada seis meses después, mostró la desaparición de las lesiones.

**Conclusión:** El pseudotumor inflamatorio hepático es una enfermedad poco frecuente, de etiología incierta, que representa un reto diagnóstico. Su clínica semeja cuadros infecciosos y los métodos actuales

## Abstract

**Objective:** To describe the case of a patient who presented an inflammatory pseudotumor of the liver.

**Setting:** Third level health care hospital.

**Design:** Description of one case.

**Description of the case:** Male patient, 35 years old, without antecedents of hepatic pathologies. He was admitted to the hospital with pain in the right hypochondrium and fever of 39°C of two weeks evolution. Hepatic ultrasound revealed filling defects compatible with right lobe abscesses; computed axial tomography (CAT) showed lesions suggestive of metastases. Laboratory tests were normal, CEA, AFP, and CA19-9 were negative, and no infectious alteration could be demonstrated. The patient was subjected to exploratory laparoscopy, which discarded the presence of intraabdominal tumors, biopsies of the hepatic lesions were performed and the histological diagnosis confirmed the inflammatory pseudotumor diagnosis. Based on this result, a symptomatic treatment with antibiotics and steroids was initiated. Symptoms remitted in one week and a new CAT taken 6 months later revealed no lesions.

**Conclusions:** The inflammatory pseudotumor of the liver is a rare disease, of uncertain etiology, and which represents a diagnostic challenge. Its clinical characteristics resemble infectious diseases, and the

Departamento de Cirugía. Hospital American British Cowdray Medical Center. México, D.F.

Recibido para publicación: 25 de junio 2001

Aceptado para publicación: 23 de agosto 2001

Correspondencia: Dr. Elías Dergal Badue. Sur 136 No. 116 esquina Observatorio, Torre de Consultorios Hospital ABC, Colonia Américas, Delegación Alvaro Obregón 01120, México, D.F. Teléfono: 52 72 22 57

de laboratorio e imagen, no son capaces de diferenciarlo de procesos neoplásicos primarios o metastásicos, que afectan a la glándula hepática, por lo que se requiere de confirmación histológica para el diagnóstico. Su evolución es generalmente autolimitada por lo que es importante tener en mente su diagnóstico para evitar resecciones quirúrgicas amplias e innecesarias. Consideramos la vía laparoscópica como un método alternativo a la biopsia por aguja fina que permite la obtención de material histológico suficiente y una exploración amplia que descarta otros posibles diagnósticos.

**Palabras clave:** Hígado, pseudotumor inflamatorio, tumor de células plasmáticas  
**Cir Gen 2002;24: 47-52**

## Introducción

Los pseudotumores inflamatorios (PTI) son un conjunto de lesiones benignas poco frecuentes; actualmente, englobadas bajo el término de tumores miofibroblásticos inflamatorios (TMI). Descritos originalmente en el pulmón, han sido identificados en prácticamente cualquier parte del cuerpo.

Estas lesiones se caracterizan, histológicamente, por un proceso fibro-inflamatorio reactivo bien circunscrito. Su etiología se desconoce aunque se han postulado causas infecciosas, inflamatorias, inmunológicas e incluso se le ha considerado una verdadera neoplasia.

En el caso de localización hepática, estas masas son difíciles de diferenciar, con base en los hallazgos clínicos o de imagen, de otras lesiones especialmente neoplasias primarias o secundarias, lo que explica el por qué la mayor parte de los casos publicados han llegado al diagnóstico por excisión del tumor o después de una laparotomía.

A pesar de que la evolución del padecimiento es generalmente hacia la resolución espontánea, existen comunicaciones recientes que muestran que el empleo de ciertos fármacos pueden llevar a la regresión del pseudotumor; sin embargo, muchos autores creen que el abordaje quirúrgico deberá ser el de elección debido al riesgo potencial de invasión vascular u obstrucción de las vías biliares por estas lesiones.

El caso aquí descrito manifestó características clínicas sugestivas de un proceso infeccioso, los hallazgos del ultrasonido hepático y la tomografía computada abdominal fueron contradictorios y sólo se pudo establecer el diagnóstico a través de la biopsia directa de las lesiones mediante laparoscopía diagnóstica.

En este informe se discuten las características clínicas, patológicas y problemas terapéuticos de esta entidad clínica; así mismo, proponemos el uso de la vía laparoscópica como un método excelente para diagnóstico, realizar una exploración de la cavidad abdominal y evitar así un abordaje quirúrgico extenso e innecesario.

present laboratory and imagining techniques are unable to differentiate it from primary or metastatic neoplastic processes affecting the liver. Therefore, histological confirmation is required for its diagnosis. Its evolution is generally self-limiting, therefore, it is important to take it into account at the time of diagnosis to avoid unnecessary and ample surgical resections. We consider laparoscopy an alternative method to fine needle biopsy, since it allows to obtain enough histological material and an ample exploration to discard any other possible diagnoses.

**Key words:** Liver, inflammatory pseudotumor, plasma cells tumor.  
**Cir Gen 2002;24: 47-52**

## Descripción del caso

Paciente masculino de 35 años edad con historia de dos semanas de evolución con dolor abdominal en hemiabdomen superior, fiebre, ataque al estado general y pérdida de 6 kg de peso. Durante los primeros días de su padecimiento se le practicó un ultrasonido abdominal que reveló la presencia de tres imágenes hipoecóicas en el lóbulo hepático derecho que fueron interpretadas como probables abscesos. Recibió tratamiento con metronidazol y norfloxacina, sin embargo, continuó con el mismo cuadro sindromático y un nuevo ultrasonido practicado tres días antes de su ingreso, mostró un aumento en el número de las lesiones, ahora ocho, distribuidas de manera irregular en ambos lóbulos.

El enfermo no tenía antecedentes de enfermedad hepática o de otra patología. Ocho meses antes de su admisión, se le había administrado un ciclo de metronidazol por 10 días debido a los hallazgos, durante una colonoscopía, de úlceras en colon ascendente de etiología amibiana.

A su ingreso, presentaba ataque al estado general, escalofríos, fiebre de 39°C y dolor de tipo punzante localizado en cuadrante superior derecho e irradiado al hombro ipsilateral, se exacerbaba a la palpación superficial y a la puño percusión hepática. En el tórax se encontró soplo sistólico en foco mitral II/VI, el resto de la exploración fue normal.

La biometría hemática reveló hemoglobina de 15.3 g/dl, hematocrito de 45.3%, leucocitosis de 22 mil/mm<sup>3</sup> con 74.9% de segmentados, 0.0% de bandas, 18.5% de linfocitos y trombocitosis de 655 mil/mm<sup>3</sup>; el coagulograma, mostró un tiempo de protrombina de 15.0 seg. (testigo 12.8 seg.), INR de 1.2, Fibrinógeno 469 mg/dl (rango 200 a 400) y la velocidad de sedimentación globular fue de 30 mm/h. Una prueba de amiba en fresco fue negativa así como las pruebas serológicas para mononucleosis, anticoccidioides e histoplasma; la detección de anticuerpos para toxoplasma, rubéola y herpes se encontraron dentro

de rangos normales. La búsqueda de citomegalovirus y virus de inmunodeficiencia humana fueron negativos y las reacciones febris mostraron títulos dentro de rangos normales, las pruebas de función hepática no evidenciaron alteraciones. Las pruebas para detección de hongos y bacilos ácido alcohol resistente fueron negativas (así permanecieron durante 4 semanas).

Se hizo el diagnóstico de abscesos hepáticos de probable etiología mixta: amibiana y microbiana, instalándose tratamiento a base de metronidazol y ceftriaxona. Sin embargo, el paciente continuó febril y al cuadro inicial se agregaron evacuaciones diarreicas sin moco ni sangre. Al cuarto día de su internamiento, se practicó una tomografía computada (TC) contrastada, que refirió la presencia de múltiples imágenes nodulares tanto en el lóbulo derecho como en el izquierdo; hipodensas en su periferia, con su centro de mayor densidad y área de atenuación puntiforme central (imagen de ojos de Buey o de diana), estos nódulos desplazaban a los vasos suprahepáticos y portales y, en cortes tardíos, tendían a ser, la mayoría de ellas, isodensas con el parénquima hepático; no se informó aumento del tamaño de los ganglios mesentéricos-crurales o retroperitoneales (**Figura 1**).

Estas imágenes fueron interpretadas como probable actividad tumoral metastásica de primario a determinar y de baja probabilidad para ser de origen infeccioso. Una medición de antígeno carcinoembrionario fue de 1.9 ng/ml (límite hasta 3), el marcador tumoral Ca 19-9 fue de 1.16 U/ml (límite hasta 37 U/ml) y la alfa fetoproteína, así como la prueba de PPD tuberculina, fueron negativas.

Se decidió realizar laparoscopía diagnóstica con la finalidad de hacer una revisión general de la cavidad abdominal y determinar si existía algún sitio que pudiera ser el origen de una neoplasia no determinada por los estudios y poder obtener una biopsia directa de las lesiones nodulares hepáticas.

La exploración laparoscópica mostró en el hígado cuatro lesiones superficiales en ambos lóbulos, de color blanco y consistencia firme; por medio del bisturí armónico (Generator Ultracision Incorporated Model



**Fig. 1.** Tomografía computada del hígado que muestra múltiples imágenes en forma de diana con centro más hipodenso.

G-110), se tomaron biopsias excisionales de dos de las lesiones, una de tres cm del lóbulo derecho y una de dos cm del lóbulo izquierdo, se envió una parte del tejido de muestra para cultivo y otro a histopatología. Se colocó además un catéter de Hickman doble lumen vía subclavia derecha.

En los cultivos del tejido no hubo crecimiento de microorganismos durante cuatro semanas, la baciloscopía (BARR) así como la tinción en fresco para búsqueda de hongos fueron negativas.

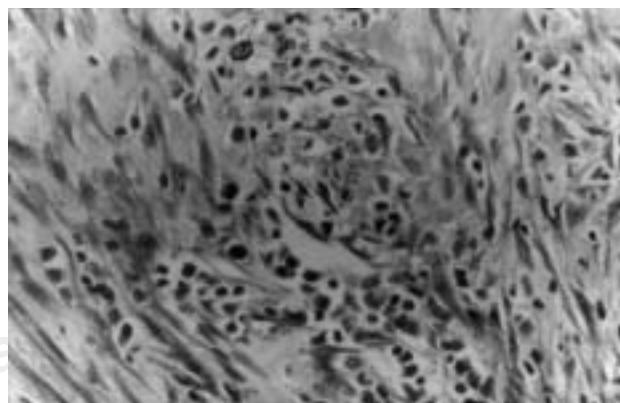
El informe histopatológico fue de “proceso fibroinflamatorio subagudo, nodular, sin microorganismos (parásitos, bacterias u hongos) que reemplazaba casi por completo el parénquima hepático y compatible con el de pseudotumor inflamatorio” (**Figura 2**).

Se agregó al tratamiento antibiótico (amikacina) y esteroides (metilprednisolona). El paciente evolucionó con desaparición de la fiebre y mejoría en su estado general, se dio de alta 72 h después del procedimiento quirúrgico. El tratamiento lo recibió por dos semanas. Una TAC efectuada 6 meses después mostró la desaparición de todas las lesiones. Siete meses después se sometió a colecistectomía y no se encontraron lesiones hepáticas.

## Discusión

Los pseudotumores inflamatorios (PTI) son un conjunto de lesiones que se parecen a tumores de origen maligno, sin embargo, histológicamente representan un proceso fibroinflamatorio reactivo, generalmente localizado, que puede involucrar a la mayoría de los órganos y tejidos del cuerpo.

El informe más temprano conocido acerca de PTI fue realizado por Symmers en 1921,<sup>1</sup> pero fueron Umiker e Iverson,<sup>2</sup> en 1954, quienes acuñaron el término de *pseudotumor inflamatorio* y cuya designación pretendía hacer referencia a que estas lesiones no tenían carácter neoplásico maligno. Actualmente se considera que los pseudotumores pueden presentarse en prácticamente cualquier parte del cuerpo sin aparen-



**Fig. 2.** Microfotografía del espécimen de la biopsia hepática que muestra proliferación de fibroblastos con apariencia fusiforme (células fusiformes) infiltrando y desapareciendo el tejido hepático normal.

tes restricciones de edad o sexo, aunque con tendencia a ser más frecuentes en las primeras dos décadas de la vida y en el sexo masculino. En los niños y personas jóvenes, las localizaciones más frecuentes de este tipo de lesiones son, por orden de prioridad, el pulmón, el hígado y el mesenterio, mientras que las personas maduras y los ancianos parecen tenerlos más frecuentemente en el bazo.<sup>3,4</sup> Por otra parte, el sitio de localización anatómica también parece tener implicaciones pronósticas, así, los PTI pulmonares se encuentran con mayor frecuencia en los adultos y son casi siempre benignos, mientras que los PTI extrapulmonares tienden a presentarse en pacientes jóvenes y son, por lo general, más agresivos, los de localización intraabdominal son más grandes, menos circunscritos y comúnmente multinodulares.<sup>5</sup>

A la fecha, poco más de 110 casos de pseudotumor inflamatorio del hígado han sido descritos en la literatura internacional desde 1953.<sup>6</sup>

En el hígado, el pseudotumor puede manifestarse como una masa solitaria (cinco veces más frecuente) o multifocal,<sup>3,7,8</sup> como en el presente caso, puede afectar cualquier lóbulo o a varios al mismo tiempo y de los cuales el más común es el derecho.<sup>9</sup> Puede permanecer localizado en el hígado o involucrar a la porta-hepatis y aun llegar a obstruir los conductos biliares (proximales y distales) provocando subsecuentemente hipertensión porta, ictericia obstructiva posthepática y/o cuadros repetitivos de colangitis.<sup>10-14</sup> Son precisamente estas últimas localizaciones las que han sido consideradas como condicionantes de los desenlaces fatales que algunos casos de pseudotumores han tenido.<sup>7</sup> La edad de presentación fluctúa entre los 9 meses y los 83 años manteniendo la tendencia, vista en la mayoría de los pseudotumores de cualquier otra localización, de ser más frecuente en hombres con una relación de entre 2 y 3:1.<sup>9,15-17</sup>

Su cuadro clínico es muy variado, no existen en general síntomas, signos clínicos o resultados de laboratorio específicos, así como tampoco asociación entre la composición celular y el cuadro clínico. Los síntomas constitucionales dominantes como fiebre, fatiga, dolor abdominal (sin signos de irritación peritoneal), pérdida de peso y malestar general, que el paciente aquí expuesto presentó, representan las molestias más frecuentemente citadas en la literatura de los pseudotumores hepáticos y prácticamente son también las que comparten la mayoría de los pseudotumores de cualquier otra localización.<sup>13</sup> La exploración física puede revelar hepatomegalia, ictericia e hipocondralgia derecha.

Los resultados de laboratorio no orientan a proceso alguno, por lo que no conforman ninguna base para articular un diagnóstico. Los marcadores tumorales son siempre negativos y por tanto de gran importancia para el diagnóstico diferencial, sin embargo, la  $\alpha$ -fetoproteína y el CA19-9 cuentan ya con el antecedente de que se han encontrado elevados en algunos casos.<sup>20,21</sup> Los estudios de gabinete como el ultrasonido (US), la tomografía computada (TC) y la

resonancia magnética nuclear (RMN) muestran imágenes compatibles con procesos malignos primarios o metastásicos del hígado.

Independientemente de su localización, número o tamaño, la característica distintiva de estas lesiones, y la base para realizar el diagnóstico, es su composición histológica. Macroscópicamente esta lesión se muestra como una masa firme, en ocasiones encapsulada, de color amarillento y consistencia fibrosa, su forma por lo regular es esférica, con un diámetro que fluctúa entre 1 y 25 cm. Microscópicamente se encuentra constituida por una matriz de tejido colagénoso densamente hialinizado e infiltrado por una mezcla, variable en sus proporciones, de células inflamatorias crónicas (linfocitos, histiocitos, macrófagos en espuma y células plasmáticas principalmente) y las enigmáticas células fusiformes. Estas últimas poseen un núcleo grande, alargado, con cromatina dispersa y citoplasma con escasos organelos, la mayoría de los cuales están representados por mitocondrias y retículos endoplásmicos rugosos, por lo que se les ha considerado como fibroblastos diferenciados.<sup>16</sup> En algunos casos se ha observado también la presencia de pequeñas cantidades de células inflamatorias agudas representadas por eosinófilos y polimorfonucleares<sup>17,22,23</sup> así como de tejido de granulación.<sup>10,22</sup> La vascularidad de estas lesiones oscilan entre avasculares a hiperivasculares,<sup>3,7,13,19</sup> pueden involucrar a los vasos sanguíneos del órgano afectado e incluso extenderse a través de ellos a alguna distancia desde el pseudotumor de origen, sin que esta invasión vascular necesariamente pronostique una conducta invasiva<sup>23,24</sup> y más bien semeja la conducta observada por algunos tumores benignos como los leiomiomas.<sup>25</sup> Los vasos afectados, por lo general, son venas de mediano o gran calibre que suelen presentar inflamación de las paredes e invasión de su luz por células inflamatorias y tejido conectivo bastante similar al tejido de granulación y que llevan a la trombosis y destrucción de los vasos en lo que se ha dado en llamar "Flebitis Oclusiva, Granulomatosa u Obliterante".<sup>7,26,27</sup> Este fenómeno no fue observado en el caso que aquí se informa.

Recientemente la Clasificación Internacional Histológica de Tumores de Tejidos Blandos de la Organización Mundial de la Salud recomendó el nombre de Tumor Miofibroblástico Inflamatorio (TMI) para agrupar a todos estos tumores, sin embargo, la existencia de casos con presencia únicamente focal de células fusiformes y ausencia de diferenciación muscular, tanto ultraestructural como inmunohistológicamente, hacen que algunos autores se resistan a adoptar esta nueva clasificación.<sup>16,23</sup>

La patogénesis de esta lesión permanece desconocida y controvertida. El hecho de presentar un infiltrado inflamatorio mixto, con ausencia de mitosis y/o pleomorfismo y una vascularidad que semeja en mucho a la presentada por el tejido de granulación, han hecho que sea considerado como un proceso reparador reactivo de carácter benigno. Una de las propuestas para tratar de explicar el origen de esta respuesta

inflamatoria ha sido la infecciosa. En el caso específico del pseudotumor hepático el origen bacteriano ha sido repetidamente planteado.<sup>3,17,22,27</sup> Standiford y colaboradores<sup>29</sup> informaron haber cultivado *Escherichia coli* de la cavidad de un absceso hepático asociado con un pseudotumor en esta misma localización, pero no se logró identificar ningún agente infeccioso en las biopsias del propio pseudotumor. Nakamura y colaboradores<sup>30</sup> informaron tres casos de pseudotumor asociados con colangitis crónica, en uno de los cuales se aislaron elementos fúngicos. White y colaboradores<sup>17</sup> presentaron dos casos en que se cultivaron bacterias (*Bacteroides*) del material de biopsia del espécimen de un pseudotumor hepático e identificaron histológicamente *Actinomyces* en otro. Lupovitch y colaboradores<sup>8</sup> informaron de la presencia de cocos gram positivos en el espécimen obtenido de una biopsia por aguja fina de un pseudotumor hepático.

Entre los métodos para obtener el material de estudio histológico, la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) no es concluyente, debido a que proporciona únicamente células aisladas y se requiere de tejido para el diagnóstico histopatológico por lo que una mejor opción podría ser el empleo de una aguja de corte, considerando siempre a la localización de los tumores, así como las condiciones particulares del paciente, como las limitantes para su uso. En el caso aquí presentado decidimos usar el abordaje laparoscópico debido a que los estudios no podían diferenciar el origen (tumoral o infeccioso) de las lesiones que eran múltiples, pequeñas y periféricas, por lo que se consideraron de difícil y riesgoso acceso para una aguja de corte. La técnica laparoscópica nos permitió una exploración amplia de la cavidad peritoneal para descartar presencia de patologías o focos infecciosos concomitantes y obtener biopsias excisionales de distintas lesiones, con lo cual se llegó al diagnóstico definitivo, evitándose la realización de un procedimiento más agresivo e innecesario.

Debido a que la historia natural de los pseudotumores hepáticos no ha sido completamente aclarada, su manejo óptimo permanece controvertido, por lo general se consideran de buen pronóstico, con algunos informes de casos que han presentado regresión espontánea,<sup>9,14,27</sup> únicamente hay cuatro informes de defunciones relacionadas indirectamente al PTI hepático.<sup>7</sup> Sin embargo, la poca familiaridad, tanto con su clínica como con sus características histológicas, justifica el que en la mayor parte de los pacientes el diagnóstico se halla realizado postoperatoriamente y a través de un procedimiento, la más de las veces, excesivo y que en muchos casos conlleva a más complicaciones que el propio pseudotumor.<sup>3</sup> En el paciente aquí presentado, una vez conocido el diagnóstico de pseudotumor hepático se decidió dar un tratamiento sintomático, en el que se incluyó el empleo de esteroides, que dio como resultado la resolución completa de las molestias en aproximadamente seis meses. Esta conducta representa el tratamiento conservador y ha sido referido previamente en la literatura con el infor-

me de regresión completa o parcial de las tumoraciones,<sup>8,9,11,15</sup> o el cese de los síntomas,<sup>16,22,29</sup> lo que constituye un argumento más en favor de la posible existencia de un mecanismo inmune y reactivo en la génesis de algunos casos de pseudotumores. El hecho de que los pacientes así tratados tengan una evolución satisfactoria, con resultados a mediano y largo plazo similares a la de aquéllos tratados con cirugía, obliga a pensar que la resección quirúrgica no siempre es necesaria.

Según algunos autores, la cirugía abierta debería ser reservada para aquellos pacientes en que no se alcance a confirmar un diagnóstico histológico, o bien, que no muestren datos de resolución espontánea o únicamente lo hacen los síntomas sistémicos y no las complicaciones derivadas de su localización, como la hipertensión porta.<sup>27,40</sup> Algunas publicaciones han informado que la presencia de características como multinodularidad, proximidad a estructuras vitales, localización intraabdominal, omental, mesentérica, retroperitoneal o demostración de aneuploidía del DNA, se asocian con una mayor probabilidad de que los pseudotumores manifiesten una conducta invasora y un peor pronóstico,<sup>5,28,31,32</sup> por lo que sugieren el empleo de estos parámetros como criterios para elaborar un plan de tratamiento y seguimiento.

Las metástasis por lo general se acompañan de marcadores tumorales con niveles elevados. En nuestro caso, la edad del paciente y los marcadores negativos hicieron poco probable este diagnóstico. Otros diagnósticos que deberán tenerse presentes son los tumores hepáticos benignos como lipomas, hemangiomas, adenomas y la hiperplasia nodular focal, sin embargo, por lo general, éstas cursan prácticamente asintomáticas y no muestran ningún tipo de alteraciones en las pruebas de función hepática. En el presente caso se pensó en la probabilidad de un absceso hepático debido a lo endémico de estas lesiones en la región de habitación del paciente además de la presencia de leucocitosis, fiebre y las imágenes mostradas por el US y la TAC, sin embargo, la falta de respuesta al tratamiento adecuado sirvió para la búsqueda de otra enfermedad. La hepatitis crónica era otra de los padecimientos a excluir pero, como en este caso, la presencia de una lesión ocupativa y marcadores de hepatitis negativos lo descartó. Por último, una lesión post-traumática deberá ser descartada a través de la búsqueda de antecedentes de trauma severo, principalmente en los meses previos, debido a que los hallazgos histológicos son similares al de los pseudotumores.

## Conclusión

Los pseudotumores inflamatorios son un grupo de lesiones poco frecuentes que pueden involucrar a la mayoría de los órganos del cuerpo entre los que se encuentra el hígado. Su etiología permanece desconocida y controversial, debido a que reúne características parciales de procesos tanto infecciosos, inmunológicos e incluso neoplásicos sin haberse podi-

do comprobar o refutar ninguno de éstos de manera absoluta. Su presentación clínica y los hallazgos de laboratorio son sugestivos de inflamación activa y los de gabinete frecuentemente lo confunden con un proceso infeccioso o neoplásico, sin embargo, debido a que su pronóstico por lo general es bueno, con un curso clínico que lleva, en la mayor parte de los casos, a su resolución espontánea y a que, por ahora, el diagnóstico se basa en sus características histológicas, hace necesario contar con un adecuado espécimen de biopsia a fin de decidir su tratamiento conservador o quirúrgico. Nosotros sugerimos el empleo de la laparoscopía como un método para obtener material de biopsia suficiente, y para efectuar una revisión amplia de la cavidad abdominal, sobre todo en los casos en que se sospechen tales lesiones y la biopsia por aguja fina resulte difícil de realizar o muestre resultados confusos. El estudio histopatológico de los especímenes de biopsia nos permite una guía más segura acerca del probable comportamiento biológico del PI y evitar tomar decisiones sin fundamento, que impliquen tratamiento agresivo o resecciones quirúrgicas innecesarias.

## Referencias

1. Symmers D. Primary hemangiolymphoma of the haemal nodes: an unusual variety of malignant tumour. *Arch Intern Med* 1921; 28: 467-74. "Citado en" Biselli R, Ferlini C, Fattorossi A, Boldrini R, Bosman C. Inflammatory myofibroblastic tumor (inflammatory pseudotumor): DNA flow cytometric analysis of nine pediatric cases. *Cancer* 1996; 77: 778-84.
2. Umiker WO, Iverson L. Postinflammatory "tumors" of the lung. Report of four cases simulating xanthoma, fibroma, or plasma cell tumor. *J Thorac Surg* 1954; 28: 55-63.
3. Anthony PP, Telesinghe PU. Inflammatory pseudotumour of the liver. *J Clin Pathol* 1986; 29: 761-8.
4. Wiernik PH, Rader M, Becker NH, Morris SF. Inflammatory pseudotumor of spleen. *Cancer* 1990; 66: 597-600.
5. Dao AH, Hodges KB. Inflammatory pseudotumor of the pelvis: case report with review of recent developments. *Am Surg* 1998; 64: 1188-91.
6. Mathiak G, Meyer-Pannwitt U, Mathiak M. Inflammatory pseudotumor of the liver-rare differential diagnosis of an unknown hepatic mass. Case report and review of the literature. *Langenbecks Arch Chir* 1996; 381: 309-17. "Citado por" Maze GL, Lee M, Schenker S. Inflammatory pseudotumor of the liver and pregnancy. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 529-30.
7. Horiuchi R, Uchida T, Kojima T, Shikata T. Inflammatory pseudotumor of the liver: clinicopathological study and review of the literature. *Cancer* 1990; 65: 1583-90.
8. Lupovitch A, Chen R, Mishra S. Inflammatory pseudotumor of the liver. Report of the fine needle aspiration cytologic findings in a case initially misdiagnosed as malignant. *Acta Cytol* 1989; 88: 259-62.
9. Gollapudi P, Chejfec G, Zarling EJ. Spontaneous regression of hepatic pseudotumor. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 214-7.
10. Jackson RB, Gatling RR. Inflammatory pseudotumor of the liver. *Surgery* 1991; 109(3 pt1): 329-32.
11. Hertzler NR, Hawk WA, Hermann RE. Inflammatory lesions of the liver which simulate tumor: report of two cases in children. *Surgery* 1971; 69: 839-46.
12. Yoon KH, Ha HK, Lee JS, Suh JH, Kim MH, Kim PM et al. Inflammatory pseudotumor of the liver in patients with recurrent pyogenic cholangitis: CT-histopathologic correlation. *Radiology* 1999; 211:373-9.
13. Pokorny CS, Painter DM, Waugh RC, McCaughey GW, Gallagher ND, Tattersall MH. Inflammatory pseudotumor of the liver causing biliary obstruction. Treatment by biliary stenting with 5-year follow-up. *J Clin Gastroenterol* 1991; 13: 338-41.
14. Zamir D, Jarchowsky J, Singer C, Abumoch S, Groisman G, Ammar M et al. Inflammatory pseudotumor of the liver-a rare entity and a diagnostic challenge. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 1538-40.
15. Maze GL, Lee M, Schenker S. Inflammatory pseudomotor of the liver and pregnancy. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 529-30.
16. Shek TWH, Ng IOL, Chan KW. Inflammatory pseudotumor of the liver: report of four cases and review of the literature. *Am J Surg Pathol* 1993; 17: 231-38.
17. White JE, Chase CW, Kelley JE, Brock WB, Clark MO. Inflammatory pseudotumor of the liver associated with extrahepatic infection. *South Med J* 1997; 90: 23-9.
18. Coffin CM, Watterson J, Priest JR, Dehner LP. Extrapulmonary inflammatory myofibroblastic tumor (inflammatory pseudotumor). A clinicopathologic and immunohistochemical study of 84 cases. *Am J Surg Pathol* 1995; 19: 859-72.
19. Fukuya T, Honda H, Matsumata T, Kawanami T, Shimoda Y, Muranaka T et al. Diagnosis of inflammatory pseudotumor of the liver: value of CT. *Am J Roentgenol* 1994; 163: 1087-91.
20. Ogawa T, Yokoi H, Kawarada Y. A case of inflammatory pseudotumor of the liver causing elevated serum CA19-9 levels. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 2551-5.
21. Li GH, Li JQ, Lin YZ. Inflammatory pseudotumor of the liver. *J Surg Oncol* 1989; 42: 244-8.
22. Collina G, Baruzzi G, Eusebi V. Inflammatory pseudotumor of the liver: report of two cases. *Tumori* 1987; 73: 407-12.
23. Broughan TA, Fischer WL, Tuthill RJ. Vascular invasion by hepatic inflammatory pseudotumor: a clinicopathologic study. *Cancer* 1993; 71: 2934-40.
24. Chan JK. Inflammatory pseudotumor. A family of lesions of diverse nature and etiologies. *Adv Anat Pathol* 1996; 3: 156-71.
25. Guzmán Navarro L, Dergal Badue E, Capurso García MA, Hernández Valencia JA, Garmilla Espinoza J. Leiomiomatosis intravenosa: informe de una paciente. *Cir Gen* 2000; 22: 236-41.
26. Someren A. "Inflammatory pseudotumor" of liver with occlusive phlebitis: report of a case in a child and review of the literature. *Am J Clin Pathol* 1978; 69: 176-81.
27. Chen KT. Inflammatory pseudotumor of the liver. *Hum Pathol* 1984; 15: 694-6.
28. Meis JM, Enzinger FM. Inflammatory fibrosarcoma of the mesentery and retroperitoneum: a tumor closely simulating inflammatory pseudotumor. *Am J Surg Pathol* 1991; 15: 1146-56.
29. Standiford SB, Sobel H, Dasmahapatra KS. Inflammatory pseudotumor of the liver. *J Surg Oncol* 1989; 40: 283-7.
30. Nakanuma Y, Tsuneyama K, Masuda S, Tomioka T. Hepatic inflammatory pseudotumor associated with chronic cholangitis: report of three cases. *Hum Pathol* 1994; 25: 86-91.
31. Arber DA, Kamel OW, van de Rijn M, Davis RE, Medeiros LJ, Jaffe ES et al. Frequent presence of the Epstein-Barr virus in inflammatory pseudotumor. *Hum Pathol* 1995; 26: 1093-8.
32. Biselli R, Ferlini C, Fattorossi A, Boldrini R, Bosman C. Inflammatory myofibroblastic tumor (inflammatory pseudotumor): DNA flow cytometric analysis of nine pediatric cases. *Cancer* 1996; 77: 778-84.