

Pseudotumor inflamatorio asociado a cirrosis hepática

Inflammatory pseudotumor associated to hepatic cirrhosis

Dra. María Nancy Martínez-González, Dr. Ricardo Mondragón-Sánchez, Dr. Carlos Alberto Echeverría-Miranda, Dra. Elvira Gómez-Gómez, Dr. Roberto Herrera-Goepfer

Resumen

Objetivo: Describir el caso de un paciente diagnosticado como portador de un tumor hepático, interpretado como hepatocarcinoma.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Diseño: Reporte de un caso clínico.

Descripción del caso: Paciente masculino de 58 años de edad, con diagnóstico previo de cirrosis hepática criptogénica, a quien se le había diagnosticado carcinoma hepatocelular, se intervino quirúrgicamente realizando segmentectomía. El estudio histopatológico reportó pseudotumor inflamatorio hepático. El paciente al momento se encuentra asintomático.

Conclusión: El pseudotumor inflamatorio hepático es una lesión benigna de etiología desconocida, poco frecuente, resecable quirúrgicamente, de excelente pronóstico y siempre debe tomarse en cuenta al evaluar lesiones ocupativas del hígado.

Palabras clave: Pseudotumor inflamatorio, hígado, cirrosis, hepatectomía.

Cir Gen 2007;29:159-161

Abstract

Objective: To describe the case of patient diagnosed with a hepatic tumor, interpreted as hepatocarcinoma.

Setting: Third level health care hospital.

Design: Case report.

Description of the case: Man of 58 years, with a previous diagnosis of cryptogenic liver cirrhosis, and who was diagnosed as having a hepatocellular carcinoma. He was subjected to surgery performing segmentectomy; the histopathological study reported an inflammatory pseudotumor of the liver. The patient is currently asymptomatic.

Conclusion: The inflammatory pseudotumor of the liver is a benign lesion of unknown etiology, rare, surgically resectable, of excellent prognosis, and must always be considered when evaluating hepatic masses.

Key words: Inflammatory pseudotumor, liver, cirrhosis, hepatectomy.

Cir Gen 2007;29:159-161

Introducción

Los pseudotumores inflamatorios son lesiones que fueron descritas por primera vez por Pack y Baker en 1953.¹ Se trata de lesiones benignas extremadamente raras, de etiología y desarrollo no muy claros y de difícil diagnóstico.^{2,3} El pulmón, hígado, intestino y estómago son los sitios donde se presentan con mayor frecuencia.⁴ Generalmente se presentan en adultos jóvenes o durante la edad escolar. Esta tumoración se describe como masa localizada, de proliferación benigna, compuesta

de células inflamatorias con zonas de fibrosis, que semejan clínica y radiográficamente una neoplasia maligna.⁵ Histológicamente está compuesto de miofibroblastos con estroma, colágeno, células inflamatorias tipo linfocitos, plasmocitos e histiocitos. Este tumor ha sido denominado de diferentes formas: pseudolinfoma, fibroxantoma y granuloma de células plasmáticas. Respecto a su etiología se han descrito como posibles factores la hemorragia y necrosis del parénquima, un agente infeccioso no especificado, fle-

Centro Médico ISSEMYM

Recibido para publicación: 22 mayo 2006

Aceptado Para publicación: 13 julio 2006

Correspondencia: Dr. Ricardo Mondragón-Sánchez. Av. Hidalgo Num. 411 Colonia Centro Toluca, Estado de México, 50,000 México

Tel: (722) 2134214 Fax: (722) 2153538

E-mail: rymmondragon@aol.com

bitis oclusiva de las venas intrahepáticas, reacción inmune y colangitis ascendente.^{6,7}

En este artículo se describe el caso de un paciente masculino quien tenía cirrosis hepática criptogénica, que fue referido por presentar un tumor hepático interpretado como hepatocarcinoma.

Reporte del caso

Se trata de un paciente del sexo masculino de 58 años de edad, originario y residente de México, D.F., con antecedentes de tabaquismo y alcoholismo moderado, diabetes mellitus tipo 2 de cinco años de evolución. Inicia su padecimiento con dolor tipo punzante en región dorsolumbar derecha irradiado al epigastrio, asociado a pérdida de peso de 10 kg. A la exploración física se encontró con signo de Murphy positivo y hepatomegalia. Se le realizaron estudios generales de laboratorio e imagen. El ultrasonido y la tomografía de abdomen demostraron una lesión en el lóbulo hepático derecho en el segmento VI (**Figura 1**), los estudios de laboratorio mostraron plaquetopenia 124,000, las pruebas de función hepática que se encontraron alteradas fueron la deshidrogenasa láctica de 453 U/L, la transaminasa glutámico oxalacética de 129 U/L y la gamma-glutamilttransferasa de 345 U/L, alfafetoproteína elevada de 3,456 UI/mL. Los marcadores virales para hepatitis viral B y C fueron negativos. Con estos datos se diagnosticó carcinoma hepatocelular, por lo que se intervino quirúrgicamente. Durante la exploración quirúrgica se encontró al hígado con cirrosis macronodular, con una lesión sólida en el segmento VI y sin enfermedad extrahepática. Se realizó resección del segmento VI del hígado. El paciente se envió a la unidad de cuidados intensivos donde permaneció 3 días sin presentar complicaciones. Se envió a patología una porción de parénquima de 6 x 6 x 4 cm del segmento VI hepático. Al corte de la pieza quirúrgica el parénquima hepático estaba sustituido por una lesión multilobulada, de color blanco-amarillento, lisa, brillante, de bordes bien delimitados, de consistencia dura. Histológicamente, la

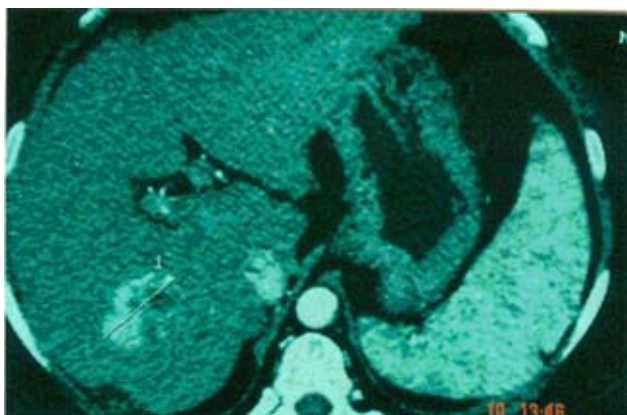


Fig. 1. Tomografía computada en donde se observa una lesión ubicada en el lóbulo hepático derecho, segmento VI.

lesión estaba constituida por tejido fibroconectivo, denso, vascularizado entre el que se encontraban haces de fibroblastos, infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, así como proliferación de conductillos biliares, y áreas con macrófagos de citoplasma xantomatoso (**Figura 2**). Con los hallazgos descritos se diagnosticó pseudotumor inflamatorio. El paciente se egresó sin complicaciones al 5to día del posoperatorio y se encuentra asintomático a 9 meses de seguimiento. La alfafetoproteína de control se encontró en 80 UI/mL.

Discusión

El pseudotumor inflamatorio es una lesión benigna, rara, de origen desconocido, que puede presentarse en pulmón, bazo, nodos linfáticos e hígado.^{8,9} Los pacientes que han presentado esta tumoración se encuentran en un rango de edad de 9 meses a 83 años, con predominio en el sexo masculino como fue en este caso.¹⁰ Algunos investigadores han propuesto que la presencia de flebitis obliterante portal es consecuencia de microorganismos intestinales que viajan al parénquima hepático por la circulación portal y puede ser una de las causas de este tumor.^{2,11} Se han reportado sólo dos casos en los cuales se han identificado microorganismos en esta lesión: *Escherichia coli*¹² y cocos gram positivos.¹³ Estos tumores son más frecuentes en el lóbulo hepático derecho y generalmente las lesiones son únicas, como se observó en nuestro paciente. El tamaño de la lesión es variable pero los bordes se encuentran bien delimitados, su apariencia es sólida y encapsulada.¹⁴ Histológicamente se describen tres tipos: xantogranuloma, granuloma de células plasmáticas y esclerosante.¹⁵ La fisiopatología aún no es clara. Los síntomas más frecuentes son fiebre, vómito, pérdida de peso y el efecto de masa produce ictericia, además de dolor abdominal.^{11,12,16} En la exploración física se pueden encontrar, a la palpación, hepatoesplenomegalia, masa en hipocondrio derecho e ictericia.¹² Es frecuente la anemia hipocrómica y niveles eleva-

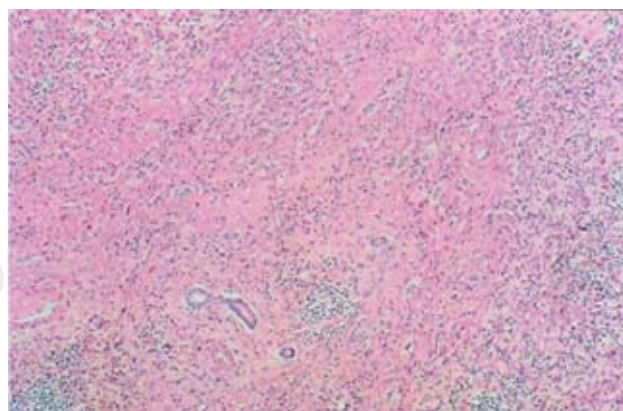


Fig. 2. Imagen microscópica donde se observa tejido fibroconectivo denso, conductos biliares, infiltrado linfoplasmocitario y poca cantidad de parénquima hepático, característico en este tumor.

dos de inmunoglobulinas.¹⁷ Los niveles de alfafetoproteína (AFP) séricos se encuentran habitualmente en rangos normales. Sin embargo, nuestro paciente presentó elevación importante de AFP muy sugerente de hepatocarcinoma; los hallazgos histológicos descartaron esta neoplasia. Las manifestaciones clínicas y los datos de laboratorio son similares en pseudotumor hepático y en algunos tumores malignos, por lo que es frecuente confundirlo con carcinoma hepatocelular, colangiocarcinoma, metástasis y abscesos hepáticos.^{18,19} Los medios diagnósticos que se utilizan con más frecuencia son USG, TC, laparoscopia, CPRE, laparotomía y biopsia.²⁰ La angiografía puede sugerir malignidad si la lesión está hipervascularizada.²¹ Otro método diagnóstico es la biopsia por aspiración que ha permitido diferenciar este tumor de uno maligno.^{2,13,22} Este tumor tiene una apariencia de tumor maligno pero tiene histología benigna y su curso clínico es benigno.²³ Este tumor se puede tratar en forma conservadora (basado en reportes de regresión espontánea,⁷ sin embargo ésta es muy rara), con hepatectomía parcial por laparoscopia,²⁴ resección hepática y trasplante hepático en tumores que comprometen el hilio o ambos lóbulos hepáticos.⁵ Dentro del manejo conservador se incluye la administración de antibióticos (cefalosporinas de tercera generación y fluoroquinolonas),¹⁶ antiinflamatorios no esteroideos, esteroides y el drenaje descompresivo de la vía biliar. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección, se realiza cuando la biopsia no es diagnóstica, en caso de síntomas severos o complicaciones.^{25,26} La mayoría de los casos reportados han sido diagnosticados después del procedimiento quirúrgico.²⁷ Las recurrencias locales pueden presentarse si la resección de la lesión es incompleta. Se ha reportado que el pronóstico con este tipo de tratamiento es excelente.

Conclusiones

El pseudotumor inflamatorio hepático es una lesión benigna de etiología desconocida, poco frecuente, resecable quirúrgicamente, de excelente pronóstico y siempre debe tomarse en cuenta al evaluar lesiones ocupativas del hígado.

Referencias

1. Pack GT, Baker HW. Total right hepatic lobectomy: report of a case. *Ann Surg* 1953; 138: 253-8.
2. Broughan TA, Fischer WL, Tuthill RJ. Vascular invasion by hepatic inflammatory pseudotumor. A clinicopathologic study. *Cancer* 1993; 71: 2934-40.
3. Shek TW, Ng IO, Chan KW. Inflammatory pseudotumor of the Liver. Report of four cases and review of the literature. *Am J Surg Pathol* 1993; 17: 231-8.
4. Scott L, Blair G, Taylor G, Dimmick J, Fraser G. Inflammatory pseudotumors in children. *J Pediatr Surg* 1988; 23: 755-8.
5. Kaneko K, Ando H, Watanabe Y, Seo T, Nagino M, Kamiya J et al. Aggressive preoperative management and extended sur-

- gery for inflammatory pseudotumor involving the hepatic hilum in a child. *Surgery* 2001; 129: 757-60.
6. Nakajima T, Sugano I, Matsuzaki O, Nagao K, Kondo Y, Miyazaki M et al. Hepatic inflammatory lesions manifested as a pseudotumor. Report of two cases with different characteristics. *Arch Pathol Lab Med* 1993; 117: 157-9.
7. Gollapudi P, Chejfec G, Zarling EJ. Spontaneous regression of hepatic pseudotumor. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 214-217.
8. Li GH, Li JQ and Lin YZ. Inflammatory pseudotumor of the liver. *J Surg Oncol* 1989; 42: 244-8.
9. 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.
10. Lacaille F, Fournet JC, Sayegh N, Jaubert F, Revillon Y. Inflammatory pseudotumor of the liver: a rare benign tumor mimicking a malignancy. *Liver Transpl Surg* 1999; 5: 83-5.
11. Horiuchi R, Uchida T, Kojima T, Shikata T. Inflammatory pseudotumor of the liver. Clinicopathologic study and review of the literature. *Cancer* 1990; 65: 1583-90.
12. Standiford SB, Sobel H, Dasmahapatra KS. Inflammatory pseudotumor of the liver. *J Surg Oncol* 1989; 40: 283-7.
13. 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; 33: 259-62.
14. Heneghan MA, Kaplan CG, Priebe CJ, Partin JS. Inflammatory pseudotumor of the liver: a rare cause of obstructive jaundice and portal hypertension in a child. *Pediatr Radiol* 1994; 14: 433-5.
15. 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.
16. Stringer MD. Liver tumors. *Semin Pediatr Surg* 2000; 9: 196-208.
17. Lykavieris P, Fabre M, Wagué J, Bernard O. Inflammatory pseudotumor after liver transplantation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 31: 309-12.
18. Anthony PP, Telesinghe PU. Inflammatory pseudotumor of the liver. *J Clin Pathol* 1986; 39: 761-8.
19. Chan FL, Man SW, Leong LL, Fan ST. Evaluation of recurrent pyogenic cholangitis with CT: analysis of 50 patients. *Radiology* 1989; 170: 165-9.
20. Bankole SR, Coulibaly B, Denoulet D, Nandiolo R, Mobiot L, Oulai. Inflammatory pseudotumor of the liver in a child. *Med Trop* 1997; 57: 269-72.
21. Suzuki T, Sarumaru S, Kawabe K, Honjo I. Study of vascularity of tumors of the liver. *Surg Gynecol Obstet* 1972; 134: 27-34.
22. 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.
23. Fukuya T, Honda H, Matsumata T, Kawanami T, Shimoda Y, Muranaka T et al. Diagnosis of inflammatory pseudotumor of the liver: value of CT. *AJR Am J Roentgenol* 1994; 163: 1087-91.
24. Seki S, Sakaguchi H, Oiso R, Lee C, Morikawas H, Hamba H et al. Laparoscopic partial hepatectomy for inflammatory pseudotumor of the liver. *Endoscopy* 2001; 33: 294.
25. Uetsuji S, Nakagawa A, Kwon AH, Komada H, Imamura A, Kamiyama Y. Inflammatory pseudotumor of the liver: report of a case and review of the literature. *Surg Today* 1996; 26: 517-21.
26. Borgonovo G, Razzetta F, Varaldo E, Cittadini G, Ceppia P, Torre GC et al. Pseudotumor of the liver: a challenging diagnosis. *Hepatogastroenterology* 1998; 45: 1770-73.
27. Jackson RB, Gatling RR. Inflammatory pseudotumor of the liver. *Surgery* 1991; 109: 329-32.