



Coristoma hepático: Reporte de caso en intervención quirúrgica laparoscópica en el Hospital General de Zona Número 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Tuxtla Gutiérrez Chiapas

Rafael Sánchez Guzmán,* Verónica Liliana Patricio Gallegos,** José Antonio Vázquez Roblero**

Resumen

Se ha denominado con el término de coristoma a todo tejido de características histológicas normales que se halle fuera del sitio normalmente encontrado. El tejido hepático ectópico es una condición poco común que se identifica con mayor frecuencia durante la exploración quirúrgica del abdomen por otras indicaciones. En el Hospital de Zona Número 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicado en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas se encontró como hallazgo, tejido ectópico hepático en una colecistectomía laparoscópica realizada en un paciente del sexo masculino de 36 años, a continuación se presentará el caso con detalle.

Palabras clave: Coristoma hepático, tejido hepático ectópico.

Abstract

Has been termed as 'coristoma' to any histological features of normal tissue that is normally found outside the site. Ectopic liver tissue is an uncommon condition that is identified most frequently during surgical exploration of the abdomen for other indications. In the Hospital Number 2 of Mexican Social Security Institute located in Tuxtla Gutierrez, Chiapas was like finding ectopic liver tissue in a laparoscopic cholecystectomy performed in a male patient of 36 years, then submit the case in detail.

Key words: Hepatic coristoma, hepatic ectopic tissue.

INTRODUCCIÓN

El tejido hepático ectópico en la vesícula biliar es un hallazgo histológico algunas veces asociado a colecistitis y colelitiasis, con muy pocos casos descritos en la literatura.¹

* Cirujano General y Endoscopista. Cirujano adscrito al Servicio de Cirugía.

** Médicos Internos de Pregrado.

Hospital General de Zona Número 2 Instituto Mexicano del Seguro Social Tuxtla Gutiérrez Chiapas. Departamento de Cirugía.

Correspondencia:

Dr. Rafael Sánchez Guzmán
Tulipanes Núm. 296,
Col. Santa Cruz,
29019 Tuxtla Gutiérrez Chiapas
Tel. 9616047367

El tejido hepático ectópico asociado a la vesícula biliar es la localización intraabdominal más frecuente² y aún siendo la más frecuente se han descrito sólo 21 casos en la literatura internacional.³

El hallazgo de tejido hepático ectópico es realmente un suceso curioso, sin embargo es importante recalcar que este tejido tiende al desarrollo y proliferación de hepatocarcinoma⁴ y por lo tanto su tratamiento debe ser quirúrgico cuando es diagnosticado.

REPORTE DE CASO

Se trata de paciente masculino de 36 años de edad, sin antecedentes de enfermedades cronicodegenerativas.

Niega antecedentes quirúrgicos, traumáticos, transfusionales, niega también tabaquismo. Refiere alcoholismo ocasional.

Inició su padecimiento hace aproximadamente 3 meses con dolor de mediana intensidad en hipocondrio derecho,

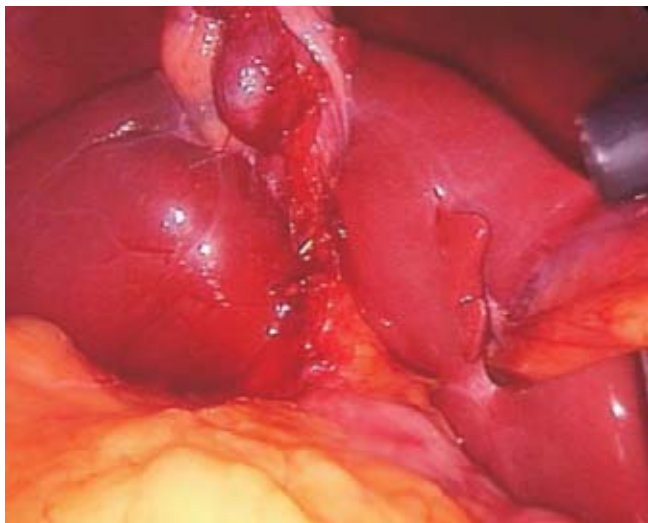


Figura 1. Se observan distintas lesiones polipoides en región anteroinferior del lóbulo hepático derecho.



Figura 2. Tejido ectópico ubicado en el cuerpo de la vesícula biliar.

que se acompaña de náuseas y vómitos de contenido biliar, acentuándose posteriormente al consumo de alimentos ricos en grasa.

Se automedicaba (consumo de antiespasmódicos).

Este cuadro clínico ameritó en distintas ocasiones hospitalizaciones en nuestro Servicio de Urgencias, se realizó el diagnóstico de colecistitis crónica litiásica por cuadro clínico y ultrasonografía de vesícula y vías biliares.

Por lo que posteriormente se programó para realizar colecistectomía laparoscópica contra abierta.

Se realizó intervención quirúrgica sin complicaciones mediante técnica laparoscópica convencional; posterior a la formación del neumoperitoneo se realizó exploración de rutina en el cual se observó hígado de aspecto normal con múltiples formaciones polipoides en región anteroinferior del lóbulo derecho (*Figura 1*) de aproximadamente 3 cm, y única formación en el cuerpo de la vesícula biliar (*Figura 2*).

El tejido ectópico forma una lesión polipoide adherido a la serosa de la vesícula biliar (*Figura 3*). Se continúa con procedimiento estándar, colecistectomía sin complicaciones, se deja Penrose con drenaje escaso posterior. Se envió pieza quirúrgica al Servicio de Patología, el cual nos reporta que el tejido encontrado en forma de lesión polipoide corresponde a tejido hepático histológicamente normal (*Figura 4*).

Posteriormente, a las 24 h postoperatoria el paciente se egresa tolerando vía oral, estable, en buenas condiciones generales.

DISCUSIÓN

Como inicialmente se comentó se denomina tejido ectópico a aquella masa de tejido histológicamente normal en una localización anormal,¹ se ha denominado a esta alteración con el nombre de coristoma. La causa del tejido hepático ectópico es la migración aberrante del hígado durante el desarrollo embrionario, esta teoría explica las localizaciones más comunes.^{5,6}

Se han descrito aproximadamente 21 casos de ectopias de tejido hepático encontrados en diversos órganos, entre

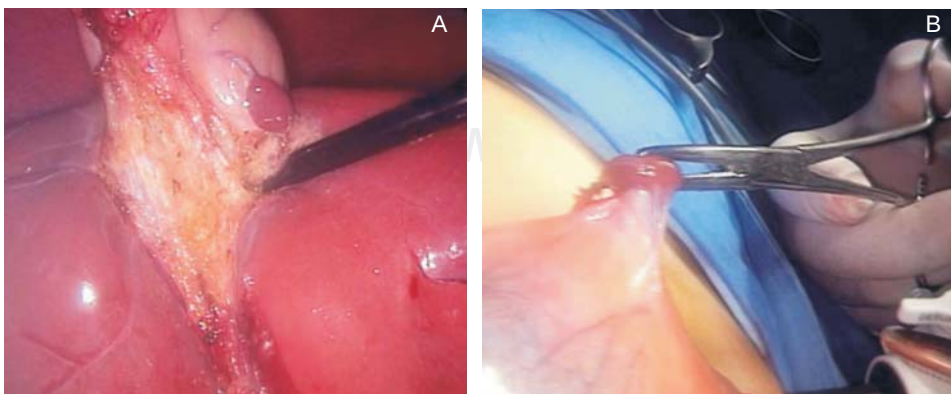


Figura 3. A. Obsérvese que el tejido ectópico forma una lesión polipoide adherido a la serosa de la vesícula biliar. B. Irrigación del coristoma.

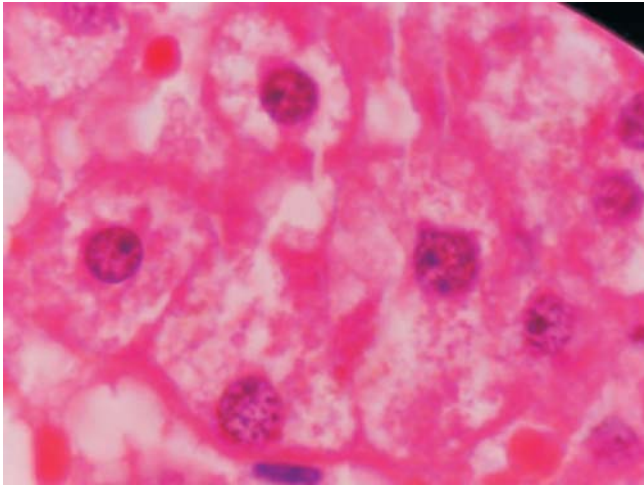


Figura 4. Microfotografía de coristoma hepático que muestra tejido histológicamente normal.

ellos: vesícula biliar, como primer lugar de localización,² mucosa gástrica y corteza suprarrenal.

Los coristomas hepáticos también se han encontrado cerca del hígado en el ligamento falciforme, diafragma, tórax, páncreas, píloro, omento mayor, bazo, esófago, cordón y cicatriz umbilical, retroperitoneo y pericardio.

Cuando se localiza en la vesícula biliar con mayor frecuencia se le ha encontrado en la superficie serosa externa como en nuestro caso, otras localizaciones menos frecuentes son la muscular y la subserosa.⁷

El diagnóstico de la ectopia hepática se realiza habitualmente por hallazgo a través de la realización de cirugías, como en este caso en la realización de colecistectomía laparoscópica. Sin embargo, existe un pequeño porcentaje de aproximadamente el 2% en el que el diagnóstico puede realizarse a través de estudios de imagenología.

La intención de este reporte de caso es dar a conocer el hallazgo fortuito en la práctica quirúrgica del Hospital de Zona Número 2 IMSS, sin embargo es importante recalcar que cuando este suceso se presenta está indicado la resección total del tejido ectópico, ya que esta anomalía predispone a la aparición o bien al desarrollo de un hepatocarcinoma. Se ha reportado la mayor susceptibilidad del tejido ectópico hacia la carcinogénesis debido a alteraciones metabólicas asociadas a la falta de drenaje venoso y biliar normal.⁸

Actualmente existen 25 casos reportados e histopatológicamente confirmados de hepatocarcinoma que se desarrolló en un hígado heterotópico con el hígado nativo normal, en la mayoría de estos casos ambos hígados presentaban cambios degenerativos por cirrosis.⁸

REFERENCIAS

1. *Dorland's Pocket Medical Dictionary*. 25th Edition, Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1995: 167.
2. Lundy J, Johnson E, Edwards K, Rivera D. Laparoscopic management of gallbladder-associated ectopic liver. *J Soc Laparoendosc Surg* 2005; 9: 485-487.
3. Sato S, Watanabe M, Nagasawa S, Niigaki I, Sakai S, Akagi S. Laparoscopic observations of congenital anomalies of the liver. *Gastrointest Endosc* 1998; 47: 136-140.
4. Leone N, De Paolis P, Carrera M, Carucci P, Musso A, David E et al. Ectopic liver and hepatocarcinogenesis: report of three cases with four year's follow-up. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004; 16: 731-735.
5. Jan Langman, Thomas W Sandler. *Embriología médica con orientación clínica*. 9a. Ed. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, México 2001.
6. Fraser CG. Accessory lobes of the liver. *Arch Surg* 1956; 73: 204-206.
7. Natori T, Hawkin S, Aizawa M, Asai T, Kameda Y, Ikuyohashi K. Intra-cholecystic ectopic liver. *Acta Pathol Jpn* 1986; 36: 1213-1216.
8. Arakawa M, Kimura Y, Sakata K, Kubo Y, Fukushima T, Okuda K. Propensity of ectopic liver to hepatocarcinogenesis: Case reports and a review of the literature. *Hepatology* 1999; 29: 57-61.