



## Caso clínico

# Metástasis hepáticas de tumores primarios desconocidos como hallazgo incidental en cirugía laparoscópica: reporte de dos casos

## Liver metastases from unknown primary tumors as an incidental finding in laparoscopic surgery: report of two cases

Ada Fátima Acho-Martínez,<sup>\*,§</sup> Alejandro Weber-Sánchez,<sup>‡,¶</sup> Denzil Garteiz-Martínez<sup>‡,||</sup>

\* Diplomada en Cirugía Laparoscópica Avanzada.

‡ Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México.

ORCID:

§ 0009-0006-5871-5422

¶ 0000-0002-0223-9133

|| 0000-0002-8479-4076

### RESUMEN

Los hallazgos incidentales de lesiones metastásicas pequeñas en la superficie hepática son poco frecuentes pero la revisión sistemática de la superficie del hígado durante la laparoscopia puede tener un impacto favorable en el diagnóstico oportuno de neoplasias no sospechadas.

**Palabras clave:** hallazgos incidentales, incidentaloma, hallazgos hepáticos, hallazgos intraoperatorios, metástasis hepática.

### ABSTRACT

*Incidental findings of small metastatic lesions on the liver surface are uncommon, but systematic review of the liver surface during laparoscopy may have a favorable impact on the timely diagnosis of unsuspected neoplasms.*

**Keywords:** incidental findings, incidentaloma, liver findings, intraoperative findings, liver metastasis.

## INTRODUCCIÓN

Los hallazgos incidentales de lesiones metastásicas pequeñas en la superficie hepática son poco frecuentes pero la revisión sistemática de la superficie del hígado durante la laparoscopia puede tener un impacto favorable en el diagnóstico oportuno de neoplasias no sospechadas.

## PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

### Caso 1

Mujer de 70 años, con cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal tras ingesta de alimentos colecistoquinéticos y diagnóstico ultrasonográfico de colecistitis crónica litiasica. Como antecedente relevante contaba con el

Recibido: 15/04/2025. Aceptado: 28/04/2025.

Correspondencia: **Dra. Ada Fátima Acho-Martínez**

E-mail: adaacho@gmail.com

**Citar como:** Acho-Martínez AF, Weber-Sánchez A, Garteiz-Martínez D. Metástasis hepáticas de tumores primarios desconocidos como hallazgo incidental en cirugía laparoscópica: reporte de dos casos. Rev Mex Cir Endoscop. 2025; 26 (1-4): 44-49. <https://dx.doi.org/10.35366/122147>





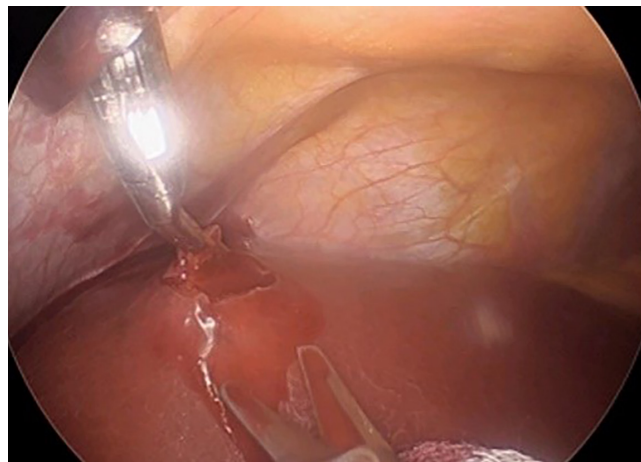
**Figura 1:** Lesión blanquecina y superficial en el segmento 4A del lóbulo izquierdo, de aproximadamente 1 cm de diámetro y discreta umbilicación.

diagnóstico de cáncer de mama tratado tres años antes con quimio y radioterapia y actualmente en remisión con tomografía por emisión de positrones (PET) anual negativo. Su evaluación preoperatoria no detectó alteraciones en los resultados de laboratorio o gabinete. Fue operada de colecistectomía laparoscópica sin complicaciones y durante la revisión laparoscópica del hígado se encontró una lesión blanquecina y superficial en el segmento 4A del lóbulo izquierdo, de aproximadamente 1 cm de diámetro y discreta umbilicación (*Figura 1*). El resto de la cavidad abdominal se encontró libre de lesiones adicionales, adenomegalias aparentes o líquido libre. Se pidió autorización al familiar responsable para proceder con la biopsia de la lesión. La lesión fue biopsiada con corte frío (*Figura 2*) y enviada a estudio histopatológico definitivo. Se realizó hemostasia con electrocoagulación en el lecho biopsiado sin complicaciones. La paciente fue informada de los hallazgos inmediatamente después de la cirugía. Tuvo un posoperatorio favorable y fue dada de alta. Una semana después se recibió el reporte de una neoplasia neuroendocrina bien diferenciada con inmunofenotipo de células neoplásicas cromogranina (+), CK7(+), E-cadherina (+), INSM-1(+), ISL-1(+), índice de proliferación celular medio con Ki67:10% lo cual sugería descartar tumor primario de páncreas. La paciente fue derivada a oncología para completar su evaluación y tratamiento. De acuerdo al informe y seguimiento de oncología el tumor primario fue pulmonar.

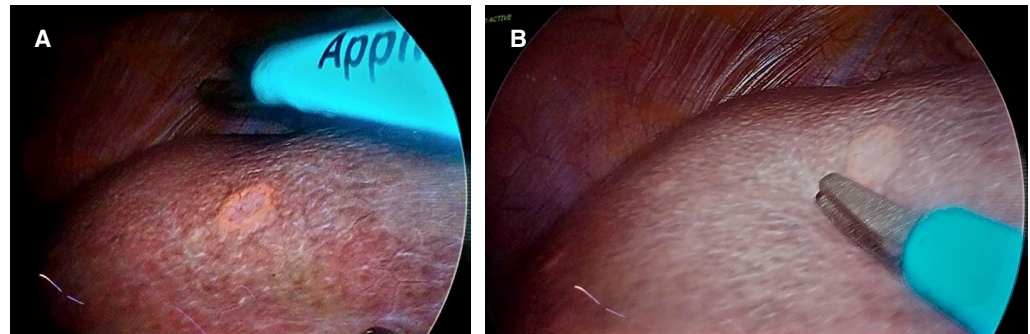
## Caso 2

Mujer de 65 años con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico de tres años de evolución, tratada

con inhibidores de bomba de protones y exacerbación de síntomas en los últimos seis meses, en los cuales se agregó disfagia leve y tos crónica. Se realizó panendoscopia con toma de biopsias que reportó hernia hiatal, esofagitis grado C de Los Ángeles, enfermedad de Barrett sin displasia, pangastroesofagitis erosiva y *Helicobacter pylori* positivo. Se dio tratamiento para *Helicobacter* y posteriormente se programó para funduplicatura más plastia hiatal por laparoscopia. Su evaluación preoperatoria no detectó alteraciones adicionales en los resultados de laboratorio o gabinete. Durante la exploración laparoscópica se encontraron tres lesiones en la superficie hepática, de aspecto nodular y umbilicadas, de 2 a 3 mm de diámetro (*Figura 3*). Se pidió autorización al familiar responsable para proceder con la biopsia de la lesión. Se tomaron biopsias con corte frío y se enviaron a estudio histopatológico definitivo. Se realizó hemostasia con electrocoagulación en el lecho biopsiado sin complicaciones. El resto de la cavidad abdominal no mostró datos de enfermedad metastásica o tumoración primaria. La paciente fue informada de los hallazgos inmediatamente después de la cirugía. Tuvo un posoperatorio favorable y fue dada de alta. Una semana después se recibió el reporte de lesiones con infiltración de metástasis hepática por adenocarcinoma y un hamartoma biliar. Después de un mes se realizó estudio PET-TC 18 F-FDG de cuerpo entero que reportó actividad hipermetabólica neoplásica en lesión pulmonar en lóbulo superior derecho con nódulos bilaterales, datos de diseminación linfangítica y escaso derrame pleural derecho: a considerar neoplasia primaria a este nivel, adenopatías regionales y a distancia, lesiones en sistema nervioso central, hígado, bazo y hueso (*Figuras 4 y 5*). La paciente fue canalizada a oncología para completar su evaluación y determinar tratamiento.



**Figura 2:** Biopsia de lesión con corte frío.



**Figura 3:**

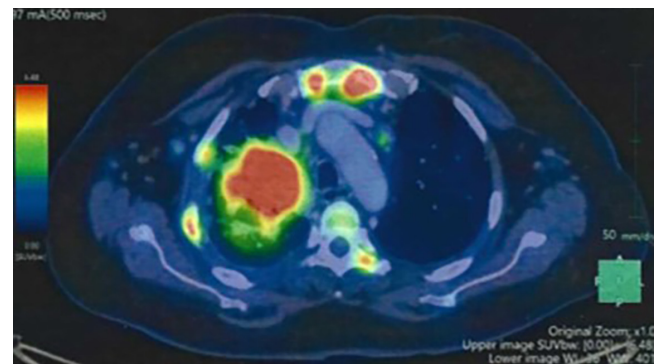
Tres lesiones en la superficie hepática, de aspecto nodular y umbilicadas, de 2 a 3 mm de diámetro.

## DISCUSIÓN

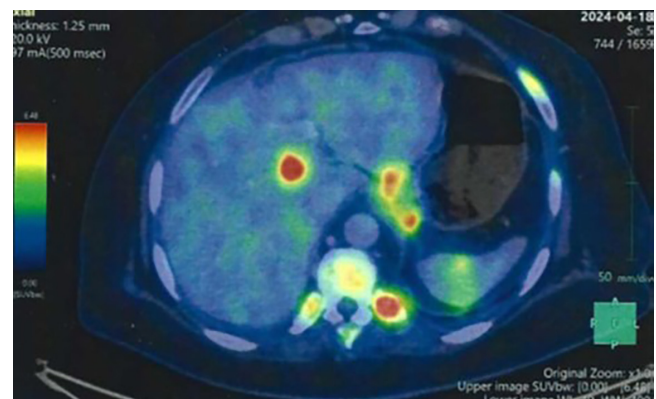
La definición de hallazgo incidental durante cirugía es la presencia de una anomalía o condición que no se predice antes del procedimiento y no está relacionada con la condición para la cual se realizó originalmente la cirugía. Al ser poco frecuentes y tomar por sorpresa al cirujano, no siempre existe un criterio sólido para tomar acciones concretas ante dichas manifestaciones. En el caso de las lesiones hepáticas, un descubrimiento de estas características puede representar una «oportunidad de oro» para hacer un diagnóstico temprano de alguna neoplasia no sospechada y poder dirigir al paciente hacia un tratamiento oncológico de mejor pronóstico.

Según la literatura, entre los hallazgos incidentales intraoperatorios más comunes se encuentran las metástasis hepáticas (además de los abscesos abdominales, el divertículo de Meckel, la diverticulitis derecha y la endometriosis). Las metástasis son el tumor hepático maligno más frecuente y ocurren hasta 18 veces más que los tumores primarios.<sup>1</sup> Como consecuencia de la circulación portal, el hígado es el órgano en el que más frecuentemente se localizan las metástasis; entre 60 y 80% de los pacientes con antecedentes de carcinoma colorrectal, carcinoma de páncreas, cáncer de mama y otros tumores como los neuroendocrinos desarrollan metástasis hepáticas. Las lesiones mayores a 1 cm habitualmente son detectadas en estudios como la tomografía computarizada pero las más pequeñas son más difíciles de encontrar, y si además se desconoce la presencia de un tumor primario y no se realiza la tomografía, estas lesiones son imposibles de detectar.

La prueba mínima utilizada para la estadificación es habitualmente la tomografía computarizada (TC). Sin embargo, la TC puede subestadificar el cáncer, es decir, puede subestimar la extensión del cáncer. La laparoscopia puede detectar la extensión no identificada en la TC. Diferentes estudios han reportado sobre la precisión de la laparoscopia para evaluar si un cáncer es operable o no. En un estudio de comparación entre laparoscopia y TC para la estadificación del cáncer se observó que aquellas



**Figura 4:** Estudio PET-TC 18 F-FDG de cuerpo entero que reportó actividad hipermetabólica neoplásica en lesión pulmonar en lóbulo superior derecho con nódulos bilaterales, datos de diseminación linfagítica y escaso derrame pleural derecho: a considerar neoplasia primaria a este nivel, adenopatías regionales y a distancia, lesiones en sistema nervioso central, hígado, bazo y hueso.



**Figura 5:** Lesiones metastásicas hepáticas, imagen tomada de estudio PET-TC 18 F-FDG.

personas en las que la TC sugería tratarse de un cáncer potencialmente curable con cirugía, el porcentaje en el que se encontró un cáncer más extenso en una estadificación adicional con laparoscopia diagnóstica o laparotomía



osciló entre 17 y 82% en los estudios. El porcentaje medio de personas en las que no se detectó propagación del cáncer mediante una TC fue de 41%. Agregar la laparoscopia de estadificación a la TC podría reducir la cantidad de personas con enfermedad no extirpable que se someten a operaciones mayores innecesarias a 20% en comparación con aquéllas que se someten a una operación mayor innecesaria después de la TC sola (41%). Esto significa que el uso de la laparoscopia diagnóstica podría reducir a la mitad estos casos.<sup>2</sup>

Alrededor de 25-50% de los pacientes que fallece por cáncer tiene una afectación hepática y las metástasis hepáticas son 20 veces más frecuentes que el propio carcinoma hepatocelular, lo cual obliga a buscar el tumor primario cuando éstas se encuentran en forma temprana. La mayoría de las metástasis hepáticas proceden de carcinomas (90%), entre los que los adenocarcinomas son el subtipo histológico más frecuente (75%). Los primarios de adenocarcinomas más frecuentes en los pacientes con metástasis hepáticas son: colorrectal (35%), pancreático (8%) y mamario (6%). Los demás subtipos de carcinomas observados son los carcinomas neuroendocrinos (13%) y los carcinomas escamosos (2%). Los tumores no carcinomatosos que producen metástasis hepáticas son los melanomas (3%) y los sarcomas (1%). Las metástasis hepáticas sin tumor primario identificado representan alrededor de 15% de los casos y la mayoría de los tipos histológicos observados son carcinomas (90%), principalmente adenocarcinomas (70%).<sup>3</sup>

En el primer caso que se describe en este trabajo, existió la sospecha de que la lesión encontrada pudiera ser una metástasis del cáncer de mama que la paciente tenía en aparente remisión. Para sorpresa de todos, el resultado fue de un tumor segundo primario de origen desconocido (neuroendocrino) y su diagnóstico permitió una evaluación oncológica temprana. De no haberse realizado la colecistectomía y no haberse encontrado y biopsiado la lesión, quizá el diagnóstico hubiera pasado desapercibido hasta que la enfermedad tuviera efectos clínicos avanzados.

En el segundo caso, una de las lesiones fue reportada como adenocarcinoma con sospecha de tumor primario a nivel de lóbulo pulmonar superior derecho y la otra como hamartoma biliar. Esta última, también conocida como complejo de von Meyenburg, es un tipo de lesión poco común que se ha reportado con una incidencia de 0.6 a 5.6%<sup>4</sup> en autopsias o como hallazgo durante cirugía. Son lesiones múltiples o solitarias, generalmente menores de 1 cm de diámetro y se consideran alteraciones congénitas benignas del árbol biliar. Su principal diagnóstico diferencial son las metástasis hepáticas.

En teoría, cuando un cirujano entra a la cavidad abdominal, siempre debe realizar una exploración inicial. En el caso de la laparoscopia esto se realiza primero para

descartar lesiones inadvertidas durante la inducción del neumoperitoneo y el acceso de los puertos, y segundo, con la intención de revisar en forma general toda la superficie peritoneal. Sin embargo, es poco frecuente que los cirujanos realicen una inspección minuciosa en busca de patologías diferentes a la primaria.

La cirugía laparoscópica nos permite inspeccionar toda la cavidad abdominal sin realizar una incisión mayor, amplificando la visión que se tiene a través de un sistema óptico, y así poder identificar algunas lesiones que, por el tamaño mínimo con el que se presentan en un inicio, probablemente pasarían de forma desapercibida en una laparotomía o en los estudios de imagen preoperatorios. En particular, la superficie hepática es un sitio que puede revisarse con mucha facilidad por la vía laparoscópica.

Los hallazgos laparoscópicos incidentales más comúnmente reportados en el hígado incluyen la esteatosis, fibrosis, cirrosis, hemangiomas, quistes hepáticos, hamartomas, endometriosis, hiperplasia nodular focal, adenomas y las metástasis de primarios desconocidos.<sup>5</sup> Algunos estudios han reportado que en 12% de los casos, la lesión hepática no se conocía preoperatoriamente y se detectó durante un procedimiento como la colecistectomía laparoscópica.<sup>6</sup>

Desafortunadamente, no existen directrices consensuadas para el actuar quirúrgico ante estos hallazgos incidentales y tampoco existe una estimación clara de la incidencia de los mismos. Por lo general, cuando el cirujano explora la cavidad abdominal (tanto en cirugía abierta como laparoscópica) y se enfrenta a estos hallazgos, debe tomar una decisión no planificada. Para ello, debe considerar aspectos como el estado general del paciente, los antecedentes patológicos conocidos del paciente, la posible relación entre su diagnóstico primario y el incidental, la prioridad que pudiera tomar el diagnóstico incidental sobre el primario, los recursos con que cuenta para resolver el hallazgo y la factibilidad y seguridad que representan para el paciente. El cirujano debe considerar cuál es el posible impacto de riesgo contra beneficio para el estado de salud futuro del sujeto. En la literatura médica se describen múltiples escenarios ante un hallazgo incidental transoperatorio:

1. El cirujano se enfrenta a un hallazgo inesperado y sabe que no hay nada que hacer al respecto. Un ejemplo puede ser el hallazgo de una carcinomatosis generalizada en donde un procedimiento complementario no va a cambiar el pronóstico y puede incluso aumentar su morbilidad.
2. El cirujano se enfrenta a un hallazgo incidental y sabe que definitivamente hay que hacer algo con respecto al hallazgo. Los casos presentados en este trabajo son ejemplos de este escenario, en donde la biopsia de la lesión hepática no representa un riesgo mayor para

el paciente y sí puede representar un beneficio importante. No hacerlo incluso podría considerarse una negligencia o imprudencia.

3. El cirujano se enfrenta a un hallazgo incidental y no sabe cuál es la mejor decisión para tomar en ese caso. Este escenario se podría ejemplificar con el hallazgo incidental de una tumoración de algún segmento de tubo digestivo que aún no ha sido etapificada y para la cual el paciente no está debidamente preparado para ser sometido a su resección o el cirujano no está capacitado para hacerlo. En estos casos, el cirujano tiene la opción de solicitar una opinión a algún colega más experimentado o de dar por terminado su procedimiento primario, informar al paciente sobre los hallazgos e iniciar los protocolos de estudio correspondientes.

Aunque es controvertido en muchos casos proceder a operar el hallazgo incidental sin el consentimiento del paciente, es ampliamente aceptado por la mayoría de los autores y sistemas que el cirujano puede proceder siempre a operar cualquier hallazgo incidental que represente un beneficio, que no ponga en riesgo la vida y que, al contrario, la pueda poner en peligro si no se trata inmediatamente. Autores como Anderson y colaboradores, y Sarker y su grupo<sup>7-9</sup> propusieron una herramienta de semáforo que indica ante un hallazgo incidental intraoperatorio que no afecta la salud del paciente de ninguna manera, no se debe realizar ningún tipo de acción. Pero si el hallazgo lo afecta de forma inmediata, debe considerar si se puede abordar la condición con tratamiento médico, y si el hallazgo afecta la salud a largo plazo y se puede tratar de forma conservadora sin cirugía, se debe referir a un especialista.

Si el hallazgo incidental afecta de forma inmediata o a largo plazo la salud, en caso de ser necesaria la cirugía, el cirujano y el equipo quirúrgico deben reconocer si son capaces de tratar la afección, evaluar las consecuencias éticas y legales de realizar o no el tratamiento, y si el equipo se encuentra capaz de realizarlo, pueden y deben consultar con otro especialista para tratar la condición en el momento según el estándar de mejores prácticas; en caso de ser necesario, se debe realizar una reunión multidisciplinaria de asesoramiento para pacientes y familiares. Esto fue realizado para ayudar a los cirujanos en el proceso de toma de decisiones en tales situaciones. Sin embargo, estas herramientas aún no han sido probadas en la práctica real.

En cuanto al consentimiento informado del paciente, este ha sido un tema debatible desde hace mucho tiempo en la literatura médica sin una pauta definida. Muchas recomendaciones o instrucciones varían según las leyes del país, el cirujano que está operando, las perspectivas del paciente y la afección incidental en sí. En todos los casos

de hallazgos incidentales donde el cirujano decide realizar un procedimiento adicional, siempre surge la controversia sobre la necesidad legal de obtener un consentimiento informado. Aunque no es el propósito de este artículo ahondar en el tema, existe un marco ético y legal que rodea a estas circunstancias en donde el cirujano debe actuar en el mejor interés del paciente reconociendo y valorando su esencia como ser vivo único, comprendiendo este proceso fundamental que implica responsabilidades tanto para el médico como para el paciente en una relación respetuosa y basada en la confianza.<sup>10</sup> Por supuesto, siempre se deberá procurar hablar con algún familiar antes de tomar acción y obtener al menos su autorización para ello. De igual forma, el paciente siempre deberá ser informado en cuanto sea posible de las acciones tomadas y los motivos para ello, obteniendo en ese momento su conformidad con los hechos. Desafortunadamente, de las restricciones actuales en el proceso de consentimiento informado, esta situación podría ser susceptible a acciones legales en contra del médico. La buena comunicación entre el médico y el paciente es fundamental para evitarlo.

Desde sus inicios, los procedimientos laparoscópicos tuvieron una función diagnóstica preponderante. La capacidad de detectar lesiones pequeñas, no percibidas por medio de estudios de imagen, fue una de sus grandes ventajas. Sin embargo, conforme avanzó la posibilidad de realizar procedimientos terapéuticos por esta vía, su función diagnóstica fue pasando a un segundo plano. Hoy en día, cuando un cirujano aborda por laparoscopia a un paciente con apendicitis aguda o colecistitis, por ejemplo, habitualmente va directamente a tratar el problema y no pierde tiempo en buscar otras alteraciones dentro de la cavidad abdominal. Los dos casos que se presentan en este artículo resaltan la importancia de revisar la cavidad abdominal y, en particular, la superficie hepática en todos los casos de laparoscopia. Aunque sea poco frecuente, el hallazgo de una lesión superficial, sospechosa de ser una metástasis, debe ser biopsiada y analizada histológicamente. Con la debida comunicación y orientación del paciente, esto puede significar la posibilidad de detectar neoplasias en forma temprana y así ofrecerle al paciente un mejor pronóstico en su tratamiento definitivo.

## CONCLUSIONES

Este trabajo resalta la importancia de revisar la superficie hepática de los sujetos sometidos a procedimientos laparoscópicos convencionales y en el caso de encontrar lesiones superficiales sospechosas, analizar si éstas son susceptibles de biopsiar sin aumentar el riesgo quirúrgico. La biopsia con corte frío y la hemostasia con electrocoagulación, para estas lesiones pequeñas, son factibles y

seguras y deben realizarse para la detección temprana de posibles neoplasias desconocidas.

## REFERENCIAS

1. Botella ER. Evaluación Radiológica de las metástasis hepáticas. *Revisiones en Cáncer*. 2022; 36: 1-11.
2. Allen VB, Gurusamy KS, Takwoingi Y, Kalia A, Davidson BR. Diagnostic accuracy of laparoscopy following computed tomography (CT) scanning for assessing the resectability with curative intent in pancreatic and periampullary cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 7: CD009323. doi: 10.1002/14651858.CD009323.pub3. Available in: [https://www.cochrane.org/es/CD009323/UPPERGI\\_que-es-la-exactitud-diagnostica-de-estadificacion-laparoscopica-despues-de-una-tomografia](https://www.cochrane.org/es/CD009323/UPPERGI_que-es-la-exactitud-diagnostica-de-estadificacion-laparoscopica-despues-de-una-tomografia)
3. Fenioux C, Tournigand C, Luciani A, Laurent A, Kempf E et al. Metástasis hepáticas. *EMC-Tratado de Medicina*. 2020; 24: 1-12.
4. Ioannidis O, Iordanidis F, Paraskevas G, Ntoumpara M, Tsigkriki L, Chatzopoulos S et al. Incidentally discovered white subcapsular liver nodules during laparoscopic surgery: biliary hamartoma and peribiliary gland hamartoma. *Klin Onkol*. 2012; 25: 468-470.
5. Mohr S, Imboden S, Siegenthaler F, Kuhn A, Dufour JF, Mueller MD. Laparoscopic liver findings-an instructional collection for endoscopic surgeons. *Mary Ann Liebert*. 2021; 31: 2.
6. Ehrl D, Rothaug K, Herzog P, Hofer B, Rau HG. "Incidentaloma" of the liver: management of a diagnostic and therapeutic dilemma. *HPB Surg*. 2012; 2012: 891787. Available in: <https://doi.org/10.1155/2012/891787>
7. Shebli B, Rahmeh AR, Khalili J, Sawas J, Fares HM, Ayoub K. The dilemma of incidental findings in abdominal surgery: a cross-sectional study. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022; 81: 104470. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104470>
8. Sarker SK. Legal & ethical dilemmas in incidental findings during surgery: review article. *Int J Surg*. 2020; 75: 107-113. Available in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919120301527>
9. Anderson L, Snelling J, Van Rij A. Incidental findings in surgery. *Br J Surg*. 2015; 102(5): 433-435. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/bjs.9719>
10. Weber SA. Consentimiento informado en oncología. Reflexiones sobre su aspecto ético. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2016; 15: 285-291. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gamo.2016.08.003>.