

Hígado ectópico intratorácico izquierdo con cirrosis micro y macronodular

Palabras clave: Hígado ectópico, hígado intratorácico izquierdo, cirrosis.

Key words: Ectopic liver, left-sided intrathoracic liver, cirrhosis.

Recibido: 20/07/2010
Aceptado: 13/08/2010

Este artículo también puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/patologiaclinica/>

Marco Antonio Huerta-Solís,* José Manuel Galicia-Ramos,**
Rosalba Carrillo-Ruiz**

* Departamento de Anatomía Patológica, Laboratorio Orthin, Laboratorio de Referencia Nacional. México, D.F.

** Departamento de Oncología Quirúrgica.

Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional «Gral. Manuel Ávila Camacho». Unidad Médica de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social. Puebla, Puebla, México.

Correspondencia:

Dr. Marco Antonio Huerta Solís
Departamento de Anatomía Patológica.
Laboratorio Orthin, Laboratorio de Referencia Nacional.
Calle Miguel Hidalgo 272, Col. La Cruz, 08310 México, D.F.
E-mail: marco.huerta@orthinlab.com.mx

143

Resumen

Reportamos un caso de hígado ectópico intratorácico izquierdo con cirrosis micro y macronodular. Este fue un hallazgo en un paciente masculino de 37 años de edad, el cual inicialmente fue atendido por dolor persistente en la zona de la clavícula izquierda secundario a una fractura antigua de este hueso. La radiografía de tórax mostró «elevación» del hemidiafragma izquierdo y, aunque la tomografía computarizada demostró un tumor, no se pudo delimitar si éste era intratorácico o intraabdominal del lado izquierdo. Se sometió a cirugía y el hígado ectópico se detectó entre la base pulmonar y el diafragma. Las anomalías de posición del tejido hepático son entidades raras. El caso es excepcional debido a la asociación de su localización con cirrosis.

Abstract

We present a case of left-sided intrathoracic ectopic liver with micro and macronodular cirrhosis. This was found in a 37-year-old male who at first was attended because continuous pain at left collarbone area after an old fracture of this bone. Chest X-ray showed a "raised" left hemidiaphragm and CT demonstrated a tumour, but it was no possible to show if it was left-sided intrathoracic or intraabdominal. Surgical treatment was performed and ectopic liver was found between diaphragm and lung base. Location anomalies of liver tissue are rare entities. This case is an exceptional one because association of its location with cirrhosis.

Introducción

Las principales malformaciones o alteraciones del desarrollo hepático son cuadros estructurales de naturaleza quística o hamartomatosos bien reconocidos por sus características clinicopatológicas.¹ Las anomalías de posición del tejido hepático son raras; estas anomalías han sido clasificadas por Collan y colaboradores en cuatro tipos principales: a) Lóbulo accesorio, de tamaño considerable y con un tallo de conexión con el hígado; b) Lóbulo accesorio pequeño, unido al hígado; c) Hígado ectópico sin ninguna conexión y d) Tejido hepático ectópico microscópico.² El más común de éstos es el lóbulo accesorio, el cual casi siempre se localiza subdiafragmáticamente. El menos común es el hígado ectópico sin ninguna conexión. Estas alteraciones por lo común son asintomáticas y se detectan de manera incidental en estudios de necropsia.³ El tejido hepático ectópico se ha encontrado en varios sitios del cuerpo humano, incluyendo vesícula biliar, páncreas, ligamentos del hígado, bazo y glándula suprarrenal.^{1,3} En unos pocos casos el hígado ectópico se ha descrito supradiafragmáticamente, ya sea en hemitórax derecho o intrapulmonar y en un caso en pericardio.⁴ El primer caso descrito de hígado ectópico intratorácico fue reportado por Hansbrough y Lipin en 1957 y hasta la fecha han sido publicados menos de 10 casos en esta localización.⁵

Los hepatocitos en el tejido ectópico se comportan como aquéllos de localización normal; se infectan con virus de la hepatitis, sufren cambio graso y pueden desarrollar cirrosis; también se menciona que el tejido ectópico pequeño, al no tener un sistema vascular y ductal completo, como los del tejido normal, quizás se encuentra en desventaja funcional y es más propenso a la hepatocarcinogénesis.⁶

Reporte del caso

Hombre de 37 años. Tiene como antecedente que a los 22 años sufrió fractura de la clavícula izquierda,

quedando como secuela deformidad de la zona y dolor esporádico, el cual posteriormente se volvió continuo; sólo se le trató con analgésicos y antiinflamatorios. Después se agregó dolor punzante en hipocondrio izquierdo y tos esporádica, seca, vespertina, por lo que se inició protocolo de estudio. La exploración física corroboró la deformidad.

Todos los estudios de laboratorio dentro de límites normales.

La radiografía de tórax demostró «elevación del hemidiafragma izquierdo» (*figura 1*). El ultrasonido abdominal reportó hígado de forma, tamaño y situación normales. La tomografía axial computarizada toracoabdominal mostró un tumor sólido, en la zona del hemidiafragma izquierdo, sin poderse determinar si era intratorácico o intraabdominal (*figura 2*). Se interviene quirúrgicamente, abordándose de costado hacia la cavidad abdominal sin encontrarse lesión, por lo que se decide continuar hacia la cavidad torácica, resecándose un tumor supradiafragmático izquierdo, «el cual presentaba un pedículo vascular» [sic] dependiente del diafragma; el pulmón no presentó alteraciones (*figura 3*).

Datos morfológicos

En el Departamento de Anatomía Patológica se recibió un espécimen regular, de apariencia mul-

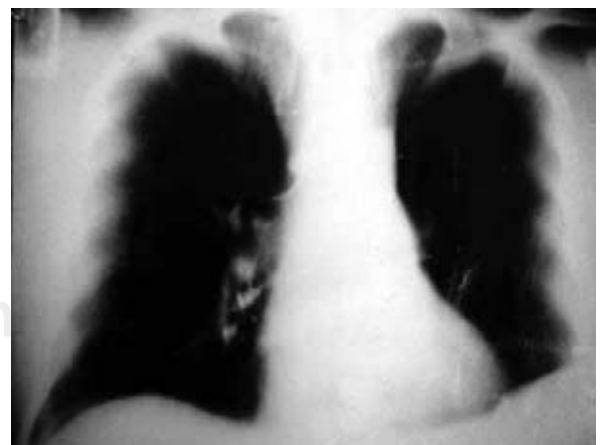


Figura 1. Radiografía de tórax en la que se observa «elevación del hemidiafragma izquierdo».



Figura 2. Tomografía toracoabdominal, la cual muestra un tumor sólido, sin que se pueda delimitar en qué cavidad se encuentra.

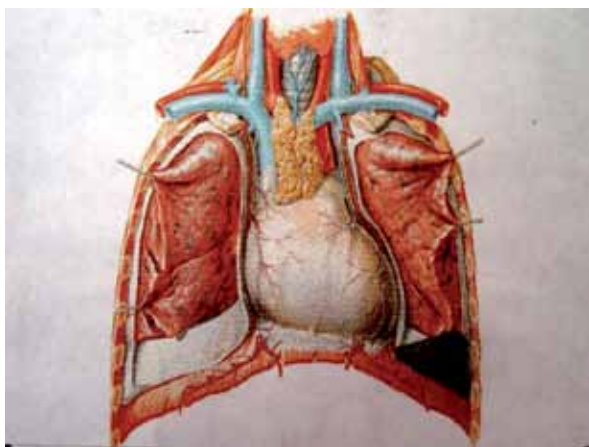


Figura 3. Dibujo que muestra la localización supradiagrástica e infrapulmonar izquierda del tumor.

tinodular, el cual inmediatamente sugería tejido hepático, con peso de 80 g, con dimensiones de 8 x 4 x 3 cm (*figura 4*); al corte era sólido, totalmente cubierto por una delgada cápsula de 0.1 cm de espesor; se observaron nódulos bien delimitados, el mayor de 0.6 cm de diámetro y el menor de 0.2 cm (*figura 5*).

Los cortes histológicos demostraron tejido hepático maduro, con su arquitectura distorsionada debido a fibrosis portal, con una imagen pseudonodular (*figuras 6 y 7*) y en algunas zonas se observaron nódulos de regeneración bien deli-



Figura 4. Aspecto macroscópico del espécimen ya fijado en formol, vista superior. Se encuentra bien delimitado con superficie de aspecto nodular.



Figura 5. Aspecto de la superficie de sección del tejido hepático donde se observan micro y macronódulos. También se observa la cara inferior y la cápsula que lo cubre totalmente.

mitados (*figura 8*). Los espacios porta presentaban colangiolo, arteriola y vénula (*figura 9*). No se observó producción de bilis.

Discusión

Desde el punto de vista embriológico, el tejido hepático y el árbol biliar derivan del endodermo, originados de la porción ventral del intestino primitivo, alrededor de las cuatro semanas de gestación. El hígado crece hacia la superficie caudal del septum transversal, aparentemente siguiendo los trayectos vasculares. El lóbulo central crece alrededor de las

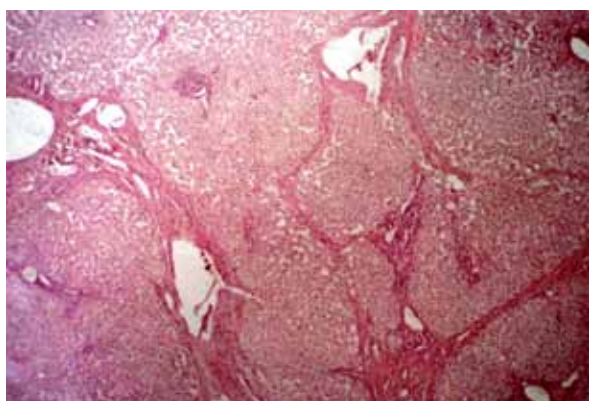


Figura 6. Vista microscópica del tejido hepático con alteración de su arquitectura representada por un aspecto pseudonodular y con escasos nódulos de regeneración bien delimitados (H&E, 4X).

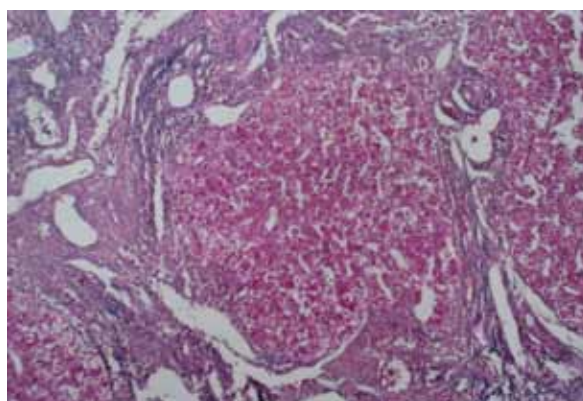


Figura 8. Micronódulo de regeneración con fibrosis periférica (Masson, 40X).

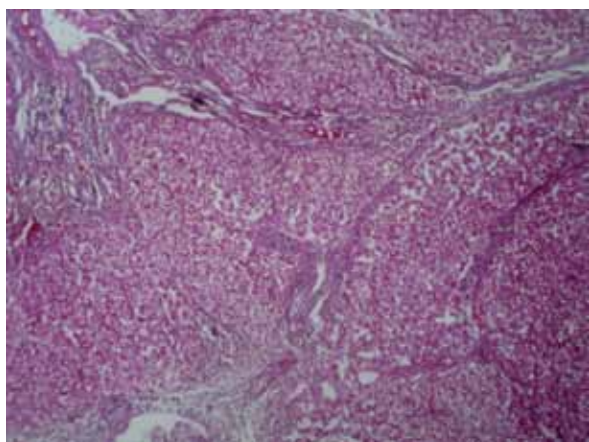


Figura 7. La tinción de Masson acentúa aún más la imagen microscópica pseudonodular y los nódulos de regeneración bien delimitados (Masson, 4X).

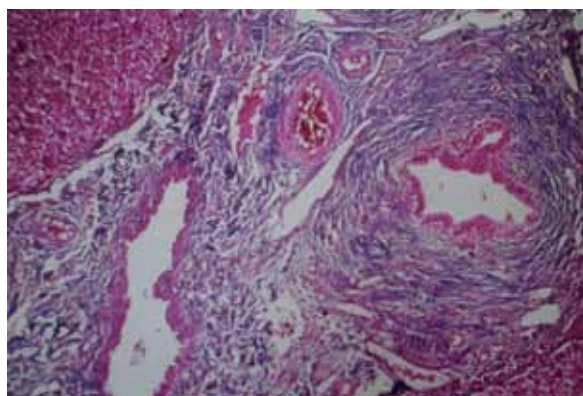


Figura 9. Espacio porta en el cual se observa arteriola, vénula, colangiolo y fibrosis (Masson, 40X).

venas umbilicales; el lóbulo derecho a lo largo de la vena onfalomesentérica derecha y el izquierdo en torno a la de su mismo lado. Posteriormente, el hígado en su desarrollo se divide a nivel del septum transversal en dos partes: la pars hepática, craneal, grande, que da origen al parénquima hepático propiamente dicho y la pars caudal o quística que da origen al cístico y a la vesícula biliar.¹ La cercana relación en el desarrollo entre los cordones de hepatocitos con la pars quística y con el duodeno

explica el por qué se puede encontrar tejido hepático ectópico en la pared de la vesícula biliar, en el ligamento gastrohepático, en el cordón umbilical, en las glándulas suprarrenales, en el páncreas y en la cápsula esplénica, si una porción de la pars hepática es desplazada. La gemación dorsal del tejido hepático antes del cierre de los canales pleuroperitoneales pudiera explicar el por qué se desarrolla tejido hepático en la cavidad torácica, además de que el desarrollo embrionario de los pulmones y del hígado está íntimamente relacionado.^{3,5}

Respecto al presente caso, pensamos que el aporte arterial y el drenaje venoso estaban dados por algunas de las ramas del diafragma. No

detectamos producción de bilis. Evidentemente no existía ninguna conexión con el hígado de localización normal, lo que lo coloca en el tercer grupo de la clasificación de Collan.² Como se menciona en la historia clínica, tanto el ultrasonido como los estudios de laboratorio no reportaron alteraciones. Posteriormente se realizaron pruebas funcionales hepáticas, las cuales resultaron dentro de límites normales. Pero pensamos que faltaría por comprobar si realmente el hígado de localización normal presenta o no alteraciones histológicas.

El paciente fue dado de alta y ha sido manejado por el Servicio de Gastroenterología por cuadros de gastritis; hasta la fecha no se le ha practicado biopsia hepática.

Aunque ya ha sido reportado un caso de hígado ectópico intratorácico izquierdo, éste se presentó en un paciente pediátrico y asociado a una hernia diafragmática.⁷

El presente caso es excepcional debido a su localización, a que está asociado con cirrosis en un

paciente adulto y a que no existe ningún otro tipo de defecto congénito.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de la Sra. Irma Romero Viramontes, histotecnóloga, por la realización de los cortes histológicos y la elaboración de las tinciones especiales y de rutina.

Referencias

1. Costero C, Quilantán R, Meléndez J. Hígado ectópico de la vesícula biliar. *Rev Invest Clin* 1975; 27 (1): 55-58.
2. Collan Y, Hakkiluoto A, Hästbacka J. Ectopic liver. *Ann Chir Gynaecol* 1978; 67 (1): 27-29.
3. Hamdani SD, Baron RL. Ectopic liver simulating a mass in the gall-bladder wall: imaging findings. *Am J Roentgenol* 1994; 162 (3): 647-648.
4. Kinnunen P, Kulmala P, Kaarteenaho-wiik R, Vuopala K. Ectopic liver in the human pericardium. *Histopathology* 1997; 30 (3): 277-279.
5. Iber T, Rintala R. Intrapulmonary ectopic liver. *J Pediatr Surg* 1999; 34 (9): 1425-1426.
6. Arakawa M, Kimura Y, Sakata K et al. Propensity of ectopic liver to hepatocarcinogenesis. *Hepatology* 1999; 29 (1): 57-61.
7. Beddi Salman A. Left-sided congenital diaphragmatic hernia associated with intrathoracic ectopic liver lobule. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002; 21 (3): 558-560.