

Tumores Benignos de Hígado

Dr. Juan Hepp, FACS, Chile

Este es un tema muy interesante, de consulta bastante frecuente, sobre todo ahora que hay mayor disponibilidad de métodos diagnósticos, como es la ecografía. Todo el mundo se hace una ecografía por alguna molestia digestiva.

Los tumores benignos del hígado, en general, se clasifican en epiteliales, mesenquimatosos y mixtos, de los cuales los más importantes son la hiperplasia nodular focal, el adenoma del hígado, que son los más frecuentes, y el hemangioma. Existen otras variedades más.

Hay todo un algoritmo para estudiarlos, que habitualmente parte con una ecografía que nos divide la lesión en sólida o en quística. Muchas veces necesitamos estudios complementarios, como una tomografía computada dinámica, ojalá helicoidal con fase arterial, para estudiar el comportamiento activo del hígado y hacer el diagnóstico diferencial. En realidad, con el apoyo de las imágenes, se obtiene el diagnóstico; por lo tanto, el uso correcto de estos métodos diagnósticos es muy importante y también discriminar en el laboratorio. Siempre que tenemos una masa en el hígado nos va a penar la neoplasia y por eso es importante tener algunos marcadores o algunos orientadores de neoplasia.

En un **hemangioma**, habitualmente, en la ecografía se observa una lesión bastante ecorrefringente y, en la tomografía computada dinámica bien hecha, se ve un comportamiento muy típico. Si hubiera duda con eso, uno puede agregar una resonancia magnética,

pero lo habitual es que la TAC es un método suficientemente bueno.

Es raro hacer una arteriografía y la cintigrafía ha perdido bastante espacio en el diagnóstico del hemangioma; es más bien útil en los tumores que tienen hepatocitos. Habitualmente, los hemangiomas no se deben operar y, en general, sólo se operan las dudas diagnósticas o los muy poco sintomáticos. Yo diría que, en 99% de los hemangiomas, no hay nada que hacerles.

El hemangioma, en la tomografía, muestra una impregnación periférica que va llenando progresivamente la lesión, lo que es típico del hemangioma. En la cintigrafía, que nosotros no usamos cuando estamos pensando eso, se ve el *pool* sanguíneo que rápidamente se contrasta y la arteriografía da una imagen típica de hemangioma, pero tampoco se usa salvo en el diagnóstico diferencial difícil.

Suele haber hemangiomas asociados, por ejemplo, con una colecistectomía y puede estar en el segmento cuatro o en los segmentos dos y tres.

A veces, las cosas no son tan claras y el paciente llega con una masa palpable en el epigastrio, en la tomografía se ve una lesión que no se comporta muy claramente como hemangioma y que sale del hígado hacia fuera, lo cual debe hacernos pensar en hemangioma.

En un hombre mayor, el estudio cintigráfico dio una imagen con múltiples trombosis, no se comportó con la imagen

de llene vascular. Lo operamos porque no fuimos capaces de hacer el diagnóstico, eso ya tenía algunos años de hacer el diagnóstico diferencial.

Otro caso es el de un paciente que consultó con dolor en hipocondrio izquierdo. Se hizo una ecografía que mostró una lesión sólida con una imagen menos densa, como si tuviera una hemorragia dentro de la lesión, y en el TAC dinámico se vio que se impregnaba, parcialmente, en la periferia. El enfermo tuvo dolor. En la tomografía se veía la lesión y en esa zona, cuando lo operamos, había zonas de infarto y zonas de hemorragia en el hemangioma. Este enfermo había tenido dolor por una hemorragia dentro de la lesión.

Otro paciente llegó muy asustado, porque en una ecografía le encontraron múltiples nódulos sólidos ecorrefringentes en el hígado y se le dijo que tenía un hígado metastásico y que se moriría en un par de meses. Pero hay que acordarse de que existen los hemangiomas múltiples del hígado. A él le hicimos una resonancia nuclear magnética, la que mostró múltiples imágenes de hemangiomas y con laparoscopia le biopsiamos uno de ellos. Le sacamos un hemangioma y le mostramos que eran hemangiomas benignos. El paciente tiene varios años de seguimiento y su condición no ha cambiado. Entonces, existen también las lesiones múltiples.

Tuvimos una enferma muy interesante que, por su caso, nos planteó el problema de qué hacer con los hemangiomas. A los cirujanos que se dedican al hígado o al trasplante, periódicamente les llegan enormes hemangiomas, a veces en gente joven, absolutamente asintomáticos, que son hallazgos de una ecografía. Sin embargo, esta señora, a quien me refiero,

durante una cesárea el obstetra palpó una masa a nivel del hígado y solicitó mi presencia en el pabellón, y efectivamente tenía un hemangioma gigante. Volvió a embarazarse, el hemangioma creció bastante más y se podía ver, en la tomografía, el hígado con un gran hemangioma que ocupaba casi todo el hígado y un segundo hemangioma que colgaba hacia abajo.

A una enferma que operamos, con Ricardo Rossi y con el Dr. Ríos, le resecamos un tremendo hemangioma que llegaba hasta la pelvis. Fue interesante ver la pieza anatómica con zonas de fibrosis, de cicatrización, y recordar lo que uno ve con el *scanner* de los hemangiomas y reconocer que esa imagen corresponde con la anatomía. Quedó muy poco hígado. La enferma, en realidad, no tenía mucha sintomatología, pero nos preocupaba una tumoración tan grande.

La **hiperplasia nodular focal** es la segunda lesión que uno ve con alguna frecuencia. Mucho menos frecuente que el hemangioma. Los hemangiomas los tiene 5% de la población. Hay que recordar la cicatriz central radiada que se describe en la hiperplasia nodular focal.

Les estoy hablando de enfermos que llegaron a la cirugía por distintas razones, para poder mostrarles también la anatomía. Una enferma tenía la imagen con su cicatriz central. A ella le hicimos una arteriografía y se observó una tremenda lesión vascularizada, que en rigor uno podría no haberla extirpado.

Algo distinto sucede con los **adenomas** y aquí no hay consenso. Hay quienes dicen que los adenomas del hígado pueden generar cáncer. Sí se sabe que se pueden romper y sangrar, pero es poco frecuente, que pueden crecer y que tienen alguna

relación con los gestágenos. Sin embargo, en una discusión el año pasado, en un congreso nuestro con los colegas españoles, se planteaba que ellos no operaban los adenomas. Esta es también una lesión que se diagnostica con imágenes, entre las cuales la cintigrafía es útil para diferenciarla de otras lesiones, ya que el cintigrama de vía biliar capta el adenoma, lo acumula y lo elimina. La cintigrafía es útil en los tumores benignos, para estudiar el comportamiento de estas lesiones desde el punto de vista funcional y, en realidad, uno debiera operar los adenomas en personas jóvenes que tienen posibilidades de embarazo.

Tenemos un paciente portador de un XXY, un síndrome de Klinefelter, que tomaba andrógenos y tenía una gran lesión en el lóbulo izquierdo, se operó hace unos cinco años y ahora hemos tenido que alcoholizarle, por vía percutánea, varios adenomas nuevos. El estudio cintigráfico, el estudio arteriográfico, han mostrado que no es un cáncer, tiene el comportamiento de una lesión arteriográficamente tranquila.

Decía con anterioridad que la medicina nuclear es útil, el cintigrama de vía biliar sirve para hacer el diagnóstico diferencial entre adenoma e hiperplasia, y a veces del reservorio sanguíneo.

Las preguntas son: cuándo hacerle una biopsia hepática a una lesión focal del hígado, que puede ser benigna o maligna. La realizaremos cuando se necesite histología para el tratamiento no quirúrgico; por ejemplo, si vamos a hacer alcoholización percutánea de una metástasis, o en el caso de un paciente que tiene un carcinoma hepático que no va a ir a la cirugía sino que va a ir a la quimioembolización, o cuando no se

prevé una conducta quirúrgica. Nosotros no hacemos biopsia previa a la cirugía, la hacemos intraoperatoria y solamente a los pacientes que no van a cirugía, y a los pacientes que tienen neoplasia maligna, les hacemos biopsia percutánea. ¿Cuándo observamos las lesiones?. Las lesiones benignas, en realidad, uno siempre debiera observarlas, salvo las acotaciones que les hemos señalado; el criterio de observación será cuando no hay ningún elemento sospechoso de neoplasia y, en los adenomas, uno podría decir que cuando son de muy difícil ubicación o en pacientes de mayor riesgo. ¿Cómo controlarlas? Con ecografías periódicas dos veces al año, en un comienzo para tranquilidad de la paciente, para demostrarle que la lesión no está creciendo. Realizamos control de hemograma, un perfil de alfafetoproteínas y algunos marcadores tumorales con controles de imágenes. ¿Cuándo debemos sospechar que esta lesión hepática focal no es un tumor benigno sino que una neoplasia? En las lesiones heterogéneas a las imágenes o las lesiones quísticas con paredes irregulares, las lesiones múltiples, lesiones que infiltran los vasos, conductos o parénquimas, ya que los tumores benignos desplazan, pero no infiltran; cuando hay trombosis vascular, por ejemplo, en una rama de la porta; cuando en la arteriografía hay vasos de neoformación; cuando este tumor crece en un hígado cirrótico (hay que estar alerta con los pacientes cirróticos, que también pueden tener adenomas), o si estamos en presencia de un paciente que tiene una imagen focal en el hígado y es portador de una hepatitis B, una hepatitis C o tiene alfafetoproteína elevada, eso es muy sospechoso de una neoplasia; o cuando tiene un cáncer de colon o está operado de una neoplasia de otro lugar.

Lo que siempre debemos recordar es que no debemos observar a un paciente con un hepatocarcinoma que tiene un comportamiento distinto.

Quiero terminar con una sola lesión que está catalogada como una lesión quística del hígado: es la enfermedad de Caroli,

que es congénita pero que a veces se nos presenta como un tumor sólido un poquito atípico, muchas veces, en la ecografía, aparece como un tumor sólido o como una imagen que uno podría interpretar de otra manera pero que corresponde a un Caroli.

La edición y publicación de esta conferencia ha sido posible gracias a un auspicio sin restricciones de Siemens.

Medwave. Año 2, No. 5, Edición Julio 2002. Derechos Reservados.