

Tumores engañosos en una mujer de mediana edad

Lina Meza Galeano  · Carolina Lazcano Soliz  · Lina Robledo  · Germán Espil 
Shigeru Kozima  · Nebil Larrañaga 

Hospital General de agudos doctor Cosme Argerich.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Acta Gastroenterol Latinoam 2024;54(1):40-41

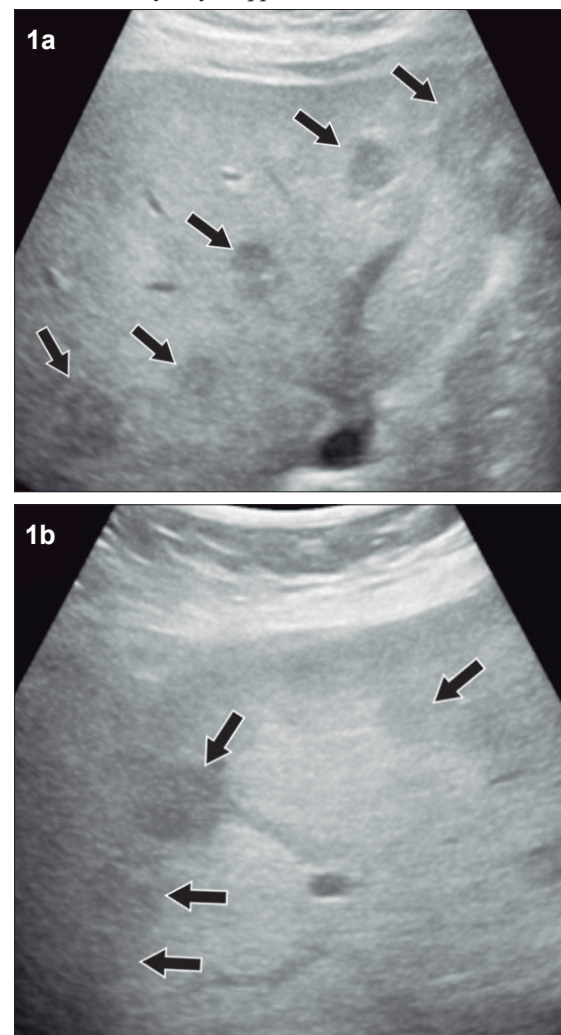
Recibido: 19/01/2024 / Aceptado: 12/03/2024 / Publicado online el 25/03/2024 / <https://doi.org/10.52787/agl.v54i1.388>

Presentación del caso

Una mujer de 50 años consulta por dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, náuseas y vómitos de ocho meses de evolución, aproximadamente. En los resultados de laboratorio se resaltan la fosfatasa alcalina de 116 U/L y el siguiente perfil viral: anti-VHA IgG de 9.89 S/Co, anti-rubeola IgG 64.4 UI/ml, anti-CMV IgG > 250 AU/ml, anti -Epstein Barr IgG 65,67 S/Co. El resto de los resultados fue normal y las serologías fueron negativas.

Posteriormente, se realiza una ecografía abdominal en la que se muestran innumerables nódulos hipocogénicos, de márgenes parcialmente circunscritos, con calcificaciones en su interior, algunos causantes de retracción capsular, sin evidencia de flujo vascular con Doppler color (Figura 1). Tras estos hallazgos, se continúa la valoración mediante TCMD (Tomografía Computada Multi detector) con contraste endovenoso, donde se observan, en consonancia con la ecografía, numerosos nódulos isodensos e hipodensos, con realce en anillo en fases arterial y venosa, distribuidos en ambos lóbulos hepáticos.

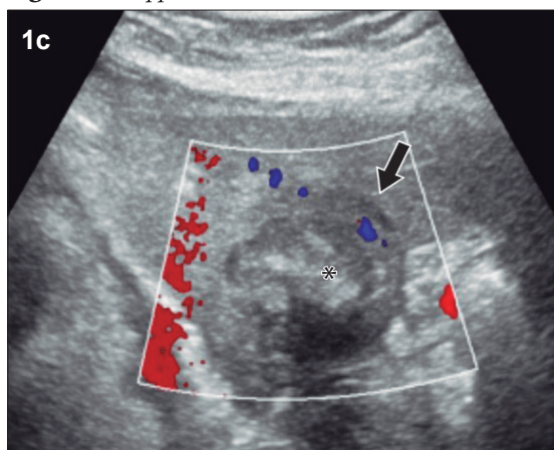
Figura 1. Ecografía hepática con transductor convexo, en modo B (a y b) y Doppler color (c)



1a y 1b: Numerosos nódulos hipocogénicos de márgenes parcialmente circunscritos en el parénquima hepático (flechas negras).

Correspondencia: Lina Meza Galeano
Correo electrónico: linameza0109@gmail.com

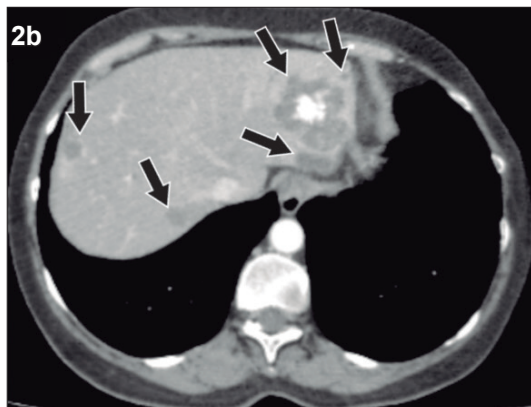
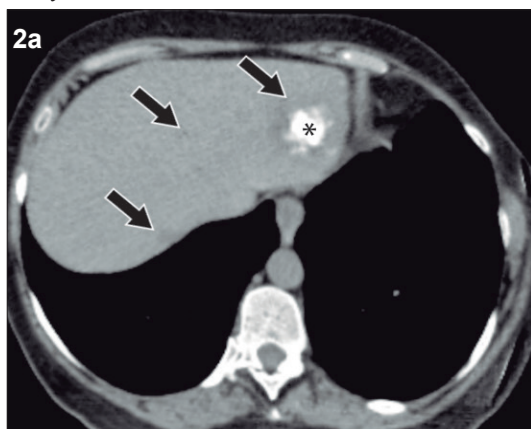
Figura 1. Doppler color (c)



1c. Nódulo hipoecogénico en el lóbulo izquierdo (flecha negra), con calcificaciones en su interior (asterisco negro), sin evidencia de flujo vascular con Doppler color.

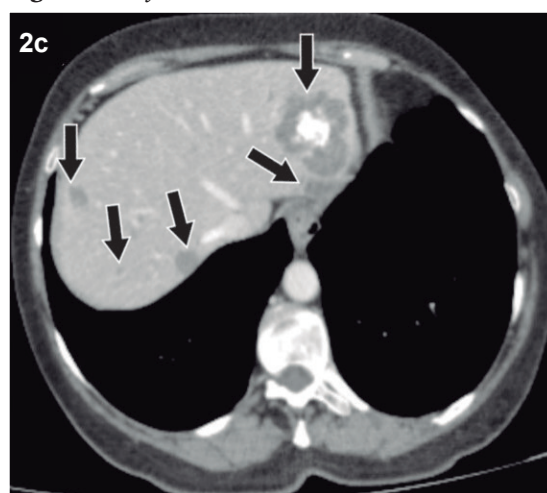
En el lóbulo izquierdo se destaca un nódulo dominante, acompañado de groseras calcificaciones internas, que mide 48x42x39 mm (Figura 2).

Figura 2. TCMD hepática en corte axial, sin contraste (2a) y con contraste endovenoso (2b-d). Fase arterial (b)



2a. Múltiples nódulos iso e hipodensos de márgenes mal definidos (flechas negras), uno de ellos con groseras calcificaciones en su interior (asterisco negro). 2b. Nódulos hipodensos que, en su mayoría, presentan realce anular en fase arterial y venosa (flechas negras).

Figura 2. 2c y 2d) Fase venosa



2c. Nódulos hipodensos que en su mayoría presentan realce anular en fase arterial y venosa (flechas negras). 2d. Signo de la paleta. Rama de la vena suprahepática izquierda (flecha blanca) terminando en el borde de un nódulo hipodenso con realce anular (flecha gris). Nódulos hipodensos con realce anular (flechas negras), de similares características a las figuras 2b y 2c.

¿Cuál es su diagnóstico?

Solución del caso en la página 103

Solución del caso: Tumores engañosos en una mujer de mediana edad

Viene de la página 41

El caso expuesto derivó en una biopsia percutánea con aguja gruesa; el resultado se interpretó como heman-gioendotelioma epitelioides hepático (HEH) y en consecuencia se optó por un trasplante hepático.

El HEH es una rara neoplasia de origen vascular, de bajo grado de malignidad, cuyo comportamiento es intermedio entre un hemangioma y un hemangiosarcoma. A menudo sucede en mujeres entre los 40 y 50 años, con una incidencia de 0,038/100000 hab./ año y una prevalencia de 1/1000000 hab.¹ Es interesante mencionar que, en contraste con otros tipos de tumores hepáticos primarios, el HEH no surge de una hepatopatía crónica y que, desafortunadamente, su patogénesis es aún desconocida.^{2,3,4} Las manifestaciones clínicas de la enfermedad son muy variables e inespecíficas, y en ocasiones es un hallazgo incidental.¹

En las imágenes se identifican dos patrones típicos: el “periférico”, en una etapa temprana y el “coalescente”, en una etapa tardía (96%).² Se manifiestan de diversos tamaños, pueden ser solitarios o multinodulares (64%-100%) y mixtos con calcificaciones (15%-25%).^{1,4}

Una de las características para destacar se produce debido a la fibrosis que generan los nódulos adyacentes a la cápsula, hecho que resulta en retracción capsular (96%) y, ocasionalmente, en áreas de hipertrofia compensatoria en los sectores no afectados.^{1,2,3}

En la ecografía son hipocogénicos, mixtos o predominantemente hiperecogénicos, y en la tomografía computada son hipodensos.² En la resonancia magnética se presentan hipo e isointensos en T1, mientras que en T2 son hiperintensos (97%) o heterogéneos.^{4,5} El realce puede ser homogéneo, periférico o en diana.¹ En algunos casos se revela el “signo de la paleta” (4% - 54%) descrito por primera vez en el año 2006 por Alomari y col. Este

signo hace referencia al aspecto que adopta el nódulo (caramelo redondo) con la vena suprahepática o porta que termina su recorrido en el borde del nódulo (palo), evocando a esta golosina.^{1,4}

Por lo tanto, como características radiológicas distintivas de esta entidad se mencionan la distribución nodular periférica con realce anular, la propensión a coalescer en etapas posteriores, la retracción capsular y el “signo de la paleta”, enfatizando estos dos últimos hallazgos.

Para el diagnóstico es indispensable realizar un estudio histopatológico. No obstante, para una mayor precisión diagnóstica deben tenerse en cuenta sus particularidades clínicas y radiológicas. Por este motivo el HEH plantea un desafío diagnóstico.^{1,2}

Si bien no existen protocolos de tratamiento validados, la resección y el trasplante hepático están asociados a una mayor tasa de supervivencia. Sin embargo, el pronóstico es impredecible.^{3,4,5}

Consentimiento para la publicación. Para la confección de este manuscrito, se utilizaron datos anonimizados, que no han distorsionado su significado científico.

Propiedad intelectual. Los autores declaran que los datos y las figuras presentes en el manuscrito son originales y se realizaron en sus instituciones pertenecientes.

Financiamiento. Los autores declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

Conflicto de interés. Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con este artículo.

Aviso de derechos de autor

© 2024 *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la Licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC-SA 4.0), la cual permite el uso, la distribución y la reproducción de forma no comercial, siempre que se cite al autor y la fuente original.

Cite este artículo como: Meza Galeano L, Lazcano Soliz C, LLina Robledo y col. Tumores engañosos en una mujer de mediana edad. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2024;54(1):103-104. <https://doi.org/10.52787/agl.v54i1.388>

Referencias

1. Stacchiotti S, Miah AB, Frezza AM, Messiou C, Morosi C, Caraceni A, *et al*. Epithelioid hemangioendothelioma, an ultra-rare cancer: a consensus paper from the community of experts. *ESMO Open* 2021;6(3):100170. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34090171/>
2. Earnest F IV, Johnson CD. Case 96: Hepatic epithelioid hemangioendothelioma. *Radiology* 2006;240(1):295-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16793987/>
3. Lerut J, Iesari S. Vascular tumors of the liver: a particular story. *Transl Gastroenterol Hepatol* 2018;3:62. <http://dx.doi.org/10.21037/tgh.2018.09.02>
4. Ganeshan D, Pickhardt PJ, Morani AC, Javadi S, Lubner MG, Elmohr MM, *et al*. Hepatic hemangioendothelioma: CT, MR, and FDG-PET-CT in 67 patients-a bi-institutional comprehensive cancer center review. *Eur Radiol* 2020;30(5):2435-42. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32002639/>
5. Bruegel M, Muenzel D, Waldt S, Specht K, Rummeny EJ. Hepatic epithelioid hemangioendothelioma: findings at CT and MRI including preliminary observations at diffusion-weighted echoplanar imaging. *Abdom Imaging* 2011;36(4):415-24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20730424/>