

Cartas al Editor

Hepatocarcinoma ectópico en vesícula biliar

Palabras clave: Carcinoma hepatocelular. Vesícula biliar. Tejido ectópico.

Key words: Hepatocellular carcinoma. Gallbladder. Ectopic tissue.

Sr. Editor:

Presentamos el caso de una paciente de 49 años sin antecedentes clínicos de interés salvo por un hipotiroidismo subclínico. Acude a nuestro hospital por dolor en hipocondrio derecho con sensación de masa y ligera ictericia. Desde el punto de vista

bioquímico, como datos relevantes, se objetiva un nivel normal de antígeno carcinoembrionario (0,50 ng/l) y muy elevado de alfa fetoproteína (13.785 ng/ml). La serología para virus de hepatitis B y C es negativa.

Se realiza ecografía y tomografía axial computarizada abdominal que muestran una vesícula biliar distendida y de gran tamaño (15x5x4 cm) con una masa polipoide en su interior de 12 cm (Fig. 1 A y B). Ante dichos hallazgos y con la sospecha de carcinoma de vesícula biliar se realiza colecistectomía y hepatectomía de los segmentos IVB y V mediante laparotomía media ampliada.

Histológicamente dicha tumoración vesicular corresponde a un hepatocarcinoma bien diferenciado que crece a modo de pólipo en su interior. En proximidad a dicha neoplasia, en la pared de la vesícula biliar, se advierten nidos de hígado ectópico (HE) no patológico (Fig. 1C). Los fragmentos hepáticos resecados no muestran hallazgos neoplásicos ni preneoplásicos. Por todo lo anterior, se realiza el diagnóstico de hepatocarcinoma bien diferenciado sobre HE en vesícula biliar.

La evolución postoperatoria de la paciente es favorable y sin incidencias importantes, encontrándose actualmente, tras más de 3 años desde la intervención quirúrgica, asintomática y sin signos de recidiva local ni a distancia.

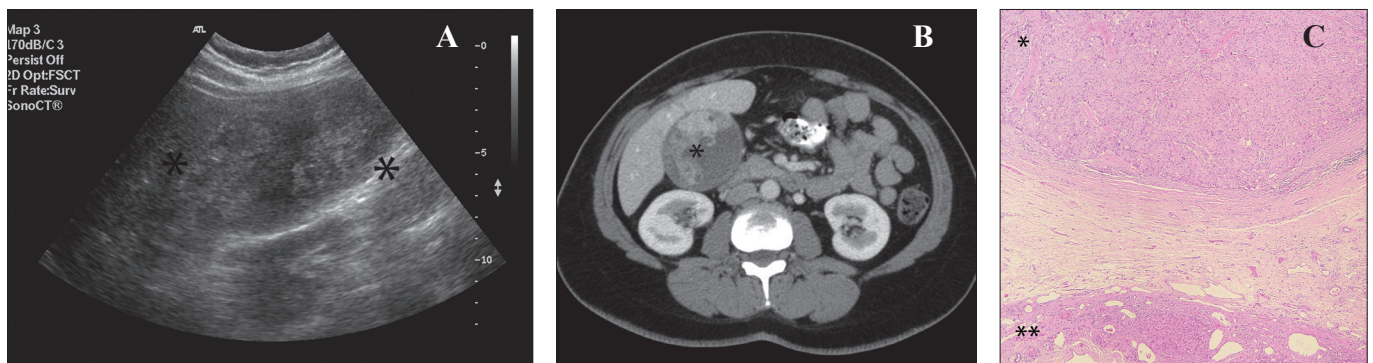


Fig. 1. A. Vesícula mal definida (queda limitada por los asteriscos) con contenido heterogéneo hiper e hipoeogénico. B. Importante dilatación vesicular con tumoración intracavitaria (asterisco). C. Hepatocarcinoma (un asterisco) adyacente a un nido de tejido hepático ectópico (dos asteriscos) en la pared de la vesícula biliar (HE 10x).

Discusión

El HE se define como presencia de hígado normal separado del órgano hepático (1). Esto se ha descrito en numerosas localizaciones, bien próximas al hígado como es en vesícula biliar o ligamento hepático, o más alejadas del mismo como es en peritoneo, retroperitoneo o incluso tórax (2,3).

Desde el punto de vista patogénico, la causa del HE parece ser la migración aberrante de células hepáticas durante el desarrollo embrionario y, al igual que el órgano hepático, está sujeto a los mismos factores de riesgo en el desarrollo de hepatocarcinoma (1,4-6). No obstante, los factores de riesgo, tales como la hepatitis B o C y la cirrosis, parecen menos implicados, de hecho solo el 32 % de los casos descritos de hepatocarcinoma ectópico presentaban una base cirrótica (7) y dos de los veintiuno descritos por Arakawa y cols. mostraban serología viral positiva (5), sugiriendo que el HE tiene por sí mismo propensión a la transformación maligna (6). Los motivos de esta mayor capacidad degenerativa son desconocidos; no obstante, se piensa que la falta de flujo de la arteria hepática y falta conexión al sistema portal y biliar podrían favorecerlo, posiblemente por exposición prolongada a sustancias carcinogénicas (1,5,7).

Desde el punto de vista pronóstico, estos pacientes suelen tener una evolución clínica significativamente mejor que los pacientes con hepatocarcinoma en hígado, siendo la extirpación tumoral curativa en muchas ocasiones (1,8). Así, de los tres casos publicados por Leone y cols. dos permanecían vivos tras cuatro años de la cirugía (1).

En conclusión, la presencia de HE en laparoscopias por otro motivo, o más raramente su sospecha clínica mediante pruebas

de imagen, obliga a su extirpación total debido a su mayor capacidad carcinogénica que el órgano hepático.

Juan Segura-Sánchez¹, Yolanda Torres Domínguez²
y Esther Ruiz García³

Servicios de ¹Laboratorio. Sección de Anatomía Patológica. ²Medicina Interna. Sección Aparato Digestivo y ³Radiodiagnóstico. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla

Bibliografía

1. 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 years' follow-up. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004;16:731-5.
2. Lundy J, Johnson E, Edwards K, Rivera D. Laparoscopic management of gallbladder-associated ectopic liver. *JSLS* 2005;9:485-7.
3. Martínez CA, de Resende HC Jr, Rodrigues MR, Sato DT, Brunialti CV, Palma RT. Gallbladder-associated ectopic liver: A rare finding during a laparoscopic cholecystectomy. *Int J Surg Case Rep* 2013;4:312-5.
4. Fraser CG. Accessory lobes of the liver. *Ann Surg* 1952;135:127-9.
5. Arakawa M, Kimura Y, Sakata K, Kubo Y, Fukushima T, Okuda K, et al. Propensity of ectopic liver to hepatocarcinogenesis: Case reports and a review of the literature. *Hepatology* 1999;29:57-61.
6. Christine P, Caygill, Piers A. Ectopic liver and hepatocarcinogenesis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004;16:727-9.
7. Miyake T, Hoshino S, Yoshida Y, Aisu N, Tanimura S, Hisano S, et al. Multiple ectopic hepatocellular carcinomas arising in the abdominal cavity. *Case Rep Gastroenterol* 2012;6:629-34.
8. Asselah T, Condat B, Cazals-Hatem D, Hassani Z, Bernuau J, Groussard O, et al. Ectopic hepatocellular carcinoma arising in the left chest wall: A long-term follow-up. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001;13:873-5.