



P-188 - PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO HEPÁTICO: IMPORTANCIA DE LA BIOPSIA DIAGNÓSTICA

Cerrato Delgado, Sergio; Fierro Aguilar, Alberto; Peña Barturen, Catalina; Castro Santiago, María Jesus; Pacheco García, Jose Manuel

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Resumen

Introducción: El pseudotumor inflamatorio es una rara lesión, de etiología aún desconocida, que se presenta como lesiones circunscritas con claros datos radiológicos de malignidad pese a ser de naturaleza benigna. Constituyen verdaderos desafíos diagnósticos que en ocasiones conducen a tratamientos quirúrgicos agresivos innecesarios.

Caso clínico: Varón de 62 años, con hábito enólico moderado, en estudio por fiebre vespertina y síndrome constitucional de un mes de evolución, que acude a urgencias por dolor abdominal generalizado. Analítica con función renal, iones y perfil hepático en rangos normales; PCR de 216,8 mg/dl; leucocitos 21.300 ?L (79% de neutrófilos); plaquetas 479.000 ?L, INR 1,53 y 59% de actividad de protrombina. Marcadores tumorales (AFP, CEA y CA 19,9) normales y serologías negativas. Se realiza TAC abdominal y RNM que muestran varias lesiones ocupantes de espacio (LOES) hepáticas en segmentos V, VII y VIII compatibles con metástasis; una de ellas infiltrando vesícula biliar. En PET-TAC se observa captación de radiotradazor tanto en las lesiones hepáticas como en la vesícula y adenopatías del hilio; todo ello compatible con tumor vesicular estadio IVb. No se observa captación patológica en sigma. Se realiza ecografía apreciando tres lesiones hepáticas ovaladas, hipoeocoicas, sin signo de halo y surcadas por vasos, una de ellas infiltrando pared vesicular. Tras inyección de contraste ecopotenciador presentan leve realce arterial homogéneo con discreto lavado que sugiere proceso infeccioso/inflamatorio. Tras presentar el caso en comité multidisciplinar se decide realizar BAG de una de las lesiones hepáticas. Se observan zonas de fibrosis de conductos biliares y hepatocitos aislados sin atipias con denso infiltrado inflamatorio crónico con abundantes células plasmáticas, linfocitos e histiocitos, así como fibroblastos y miofibroblastos. Todo ello compatible con un pseudotumor inflamatorio hepático. Se completa tratamiento pautado para la diverticulitis, piperacilina/tazobactam 4/0,5 g cada 8 horas IV completando al alta hasta 14 días con amoxicilina/clavulánico 1 g/200 mg VO cada 8 horas. Se realiza control evolutivo mediante TAC cada 3 meses observado resolución radiológica y clínica del cuadro un año después del diagnóstico.

Discusión: El pseudotumor inflamatorio hepático suele manifestarse con dolor abdominal unido a fiebre, malestar y síndrome constitucional, aunque hasta un 20% son asintomáticos constituyendo diagnóstico incidental. La analítica suele mostrar elevación de reactantes de fase aguda unido, en ocasiones, a alteración de enzimas hepáticas. TAC, RNM, ecografía con potenciador e incluso PET-TAC pueden ayudarnos al diagnóstico, pero al no existir datos patognomónicos el diagnóstico definitivo es histológico. Es importante agotar todos los métodos diagnósticos disponibles antes de plantearnos tratamientos agresivos. En nuestro caso todas las pruebas iniciales apuntaban como diagnóstico principal a una neoplasia vesicular estadio IVb.

Fue la ecografía con eco-potenciador lo que nos puso en la pista de pseudotumor inflamatorio que finalmente se confirmó mediante BAG, cambiando completamente tanto el planteamiento terapéutico como el pronóstico del paciente. La evolución del pseudotumor es impredecible. Se han descrito casos de regresión espontánea sin tratamiento, aunque la mayoría necesitan tratamiento con antibiótico y/o corticoides. La resección quirúrgica debe considerarse en caso de persistencia/recurrencia de la lesión o los síntomas.