

Quiste hepático endometriósico malignizado

Belinda Sánchez-Pérez, Julio Santoyo-Santoyo, Miguel Ángel Suárez-Muñoz, José Luis Fernández-Aguilar, José Manuel Aranda-Narváez, Antonio González-Sánchez y Agustín de la Fuente-Perucho
Cirugía General y Aparato Digestivo Hospital Regional Carlos Haya. Málaga. España.

Resumen

La endometriosis consiste en la localización extrauterina de tejido endometrial y ocurre fundamentalmente en la pelvis. La localización intrahepática de la endometriosis es altamente infrecuente, con tan sólo 12 casos comunicados. Se describe un amplio espectro sintomático de presentación, desde asintomáticas (hallazgo casual) hasta cuadros de abdomen agudo. El método diagnóstico de elección es la tomografía computarizada abdominal, y debe siempre tenerse presente en el diagnóstico diferencial de las masas quísticas hepáticas. Debido al alto porcentaje de malignización, siempre debe considerarse la resección con margen de seguridad como tratamiento de elección. Presentamos un caso de endometriosis hepática con malignización in situ, en la que se realizó resección reglada (hepatectomía derecha).

Palabras clave: Endometriosis. Masas quísticas hepáticas. Endometriosis hepática. Neoplasias hepáticas.

HEPATIC CYSTIC ENDOMETRIOSIS WITH MALIGNANT TRANSFORMATION

Endometriosis, defined as the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity, is most frequently located in the pelvic organs. Hepatic endometriosis is extremely rare, and only 12 cases have previously been reported. A wide variety of symptoms have been described, from asymptomatic masses (incidental findings) to acute abdomen. The diagnostic method of choice is abdominal CT, which should always be used in the differential diagnosis of cystic liver masses. Because of the high percentage of malignant transformation, the first-line treatment is surgical resection with adequate safety margins. We report a case of in situ adenocarcinoma arising in a hepatic endometrioma, which was treated with right hepatectomy.

Key Words: Endometriosis. Hepatic cystic masses. Hepatic endometriosis. Liver neoplasms.

La endometriosis se define como la aparición de tejido endometrioide extrauterino, más frecuentemente localizado en la pelvis, sobre todo en el ovario, aunque también se han descrito localizaciones diversas como el epiplón, el ombligo, el pulmón, la pleura, la vejiga, los riñones, el páncreas, etc.

La endometriosis hepática es una presentación excepcional de la que se han documentado 12 casos en toda la bibliografía mundial (tabla 1). Por tanto, nuestra paciente es el decimotercer caso publicado que tengamos conocimiento.

Presentamos el caso clínico de una paciente con masa quística hepática complicada en lóbulo hepático derecho (LHD), intervenida con la sospecha de cistoadenoma o

cistoadenocarcinoma hepático, y cuyo diagnóstico anatómopatológico definitivo fue de endometriosis hepática con transformación maligna (adenocarcinoma) in situ.

Caso clínico

Paciente de 46 años remitida desde otro hospital con diagnóstico de masa quística hepática complicada. Como principal antecedente clínico destaca una cirugía previa por quiste ovárico izquierdo con endometriosis, y desde entonces estaba asintomática desde el punto de vista ginecológico. La historia actual comenzó por dolor abdominal localizado, sobre todo en el hipocondrio derecho (HD), de 2-3 semanas de evolución que se agudizó bruscamente. En la exploración presentaba masa palpable dolorosa en el HD, con signos de irritación peritoneal moderada. El estudio analítico no demostraba datos relevantes y como estudios de imagen se realizaron una ecografía y una tomografía computarizada (TC) abdominal. La ecografía describió una lesión focal quística de 11 9 cm de diámetro en el LHD, tabicada y con leve compromiso de la vía biliar (fig. 1). La TC hepática confirmó dicha imagen observada en la ecografía, y describió una lesión focal quística en el LHD de 11 9 cm, septada y con reacción inflamatoria en el hígado y en la grasa peritoneal sugestiva de perforación. La paciente fue operada con carácter preferente con diagnóstico de sospecha de cistoadenoma/cistoadenocarcinoma hepático complicado.

Correspondencia: Dra. B. Sánchez-Pérez.
Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Regional Carlos Haya.
Avda. Carlos Haya, s/n. 29010 Málaga. España.
Correo electrónico: cirbelinda@telefonica.net

Manuscrito recibido el 3-1-2005 y aceptado el 21-3-2005.

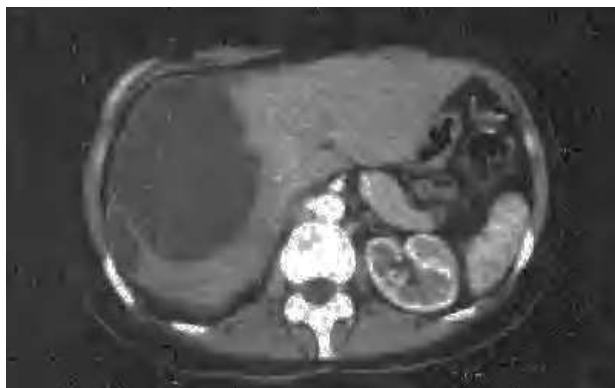


Fig. 1. Tomografía computarizada (TC) abdominal donde se observa gran masa quística polilobulada en el lóbulo hepático derecho (LHD).



Fig. 2. Preparación histología (HE) donde se observa tejido hepático normal, tejido endometrial con áreas de hiperplasia y con 2 focos de adenocarcinoma in situ.

La intervención se realizó mediante una incisión subcostal bilateral. Los hallazgos intraoperatorios fueron una tumoración quística complicada en el LHD muy adherida a la pared abdominal, el diafragma y el colon transverso, con una gran reacción inflamatoria y una moderada cantidad de hemoperitoneo en la cavidad. El contenido intraquístico era hemático y mucoide. Como hallazgo incidental existía, asimismo, una tumoración de unos 2 cm localizada en la base del apéndice cecal, que provocaba una retracción de la serosa. Se llevó a cabo una hepatectomía derecha reglada, una resección aislada de nódulos diafragmáticos adheridos a la tumoración y una resección lateral del ciego. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta sin complicaciones en el octavo día postoperatorio. Dos años después, la paciente continúa asintomática.

El informe anatomopatológico (fig.2) mostró los siguientes datos: a) en el diafragma: endometriosis con hiperplasia atípica y focos de metaplasia escamosa; b) en el ciego: segmento del intestino grueso con endometriosis en la capa muscular y el tejido adiposo; el apéndice cecal presentaba endometriosis en el tejido adiposo periapendicular, y c) en

el hígado: el tejido hepático presenta un quiste endometriósico de 14 cm con zonas de hiperplasia atípica y 2 focos de transformación glandular neoplásica in situ que no invaden el parénquima hepático.

Discusión

De los pocos casos publicados sobre endometriosis hepática, la mayoría se ha comportado como una masa quística, de gran tamaño y tabicada. La forma de presentación clínica oscila desde asintomática y como un hallazgo casual, hasta un cuadro de abdomen agudo. Su localización, incluyendo el caso que presentamos, ha sido, en 7 ocasiones, en el LHD, en 5 en el lóbulo hepático izquierdo (LHI) y 1 en el ligamento redondo.

TABLA 1. Endometriosis hepática en la bibliografía

Autor/año	Edad	EP	Radiología	Tamaño	Lugar	Tratamiento	Malignización
Finkel et al ¹ , 1986	21	No	MQS	13,5 cm	LHI	Destechamiento y danazol	No
Rovarti et al ² , 1990	37	Sí	MQS	10 cm	LHI	Segmentectomía lateral izquierda y danazol	No
Verbeke et al ³ , 1996	34	No	MQNS	12 cm	LHD	Hepatectomía derecha	No
Verbeke et al ³ , 1996	62	No	MQNS	12 cm	LHI	Escisión	No
Cravello et al ⁴ , 1996	34	Sí	MQS	6 cm	LHD	Agonistas de GnRH Segmentectomía	No
Weinfeld et al ⁶ , 1998	60	Sí	MQNS	3,1 cm 2,8 cm	LF	Hepatectomía izquierda y resección de masa perihepática	Adenocarcinoma escamoso
Chung et al ⁵ , 1998	40	Sí	MQS	6,4 cm	LHI	Enucleación	No
Inal et al ⁹ , 2000	25	Sí	MQS	5 cm	LHD	Rechazo de la intervención Danazol	No No
Senda et al ⁷ , 2000	54	Sí	MQS	20 cm	LHD	Hepatectomía derecha	Adenosarcoma
Huang et al ⁸ , 2002	56	Sí	MQS	9 cm	LHI	Hepatectomía izquierda	No
Kouto et al ¹⁰ , 2004	45	Sí	MQS	17 cm	LHD	Drenaje percutáneo y resección	No
Tuech et al ¹¹ , 2004	42	No	MQNS	24 cm	LHD	Resección	No
Sánchez, 2004	45	Sí	MQS	14 cm	LHD	Hepatectomía derecha	Adenocarcinoma in situ

EP: endometriosis previa; MQS: masa quística septada; MQNS: masa quística no septada; LHD: lóbulo hepático derecho; LHI: lóbulo hepático izquierdo; LF: ligamento falciforme.

Casi todas las pacientes presentaban antecedentes de endometriosis excepto en los casos descritos por Finkel et al¹, Verbeke et al³ y Tuech et al¹¹. En el caso publicado por Rovati et al², el diagnóstico de endometriosis ovárica fue simultáneo al hallazgo de la lesión hepática.

El tratamiento empleado en la mayoría de los casos fue quirúrgico excepto en el caso de Inal et al⁹ por rechazo de la paciente. Se realizaron resecciones hepáticas (segmentectomías o hepatectomías mayores), excepto en los casos descritos por Finkel et al¹ y Chung et al⁵, en los que se realizó destechamiento del quiste hepático más tratamiento médico (danazol) y enucleación del quiste hepático, respectivamente.

La malignización de la endometriosis en el ovario se ha descrito en alrededor del 5% de los casos, mientras que la de localización extraovárica se cifra en torno al 1%. Los tumores localizados con más frecuencia son extraováricos y suelen ser adenocarcinomas de células claras y adenosarcomas. La transformación maligna extragonadal es rara, aunque se ha descrito en el ombligo, la pleura, el intestino, etc. En el hígado, en el caso de Weinfeld et al⁶ se ha observado degeneración neoplásica hacia adenocarcinoma escamoso, y en el caso de Senda et al⁷ hacia adenosarcoma. En nuestro caso también existía degeneración maligna in situ con 2 focos de adenocarcinoma en el quiste hepático y focos de hiperplasia atípica y metaplasia escamosa en el diafragma.

Según el alto porcentaje de malignización encontrado en los casos publicados (3/13, aproximadamente, un 23%, incluido el nuestro), creemos recomendable indicar la exéresis quirúrgica en todos los casos sospechosos de endometriosis hepática. Además, pensamos que el tratamiento idóneo para estos casos, como ocurre para los cistoadenomas o cistoadenocarcinomas hepáticos, es la resección hepática con margen de parénquima de seguridad, y no el drenaje percutáneo (abordaje terapéutico inicial descrito en el caso de Kouto et al¹⁰), la simple enucleación del quiste o el destechamiento. De hecho, el principal diagnóstico diferencial debe ser con los cistoadenomas y cistoadenocarcinoma hepáticos, ya que en 2 de los casos publicados (Huang et al⁸, Cheng et al⁵) y en el nuestro esta enfermedad se sospechó por ser más frecuente en mujeres de edad me-

dia, y comportarse radiológicamente como masas quísticas de gran tamaño y tabicadas en su interior. Estos aspectos deberían tenerse en cuenta a la hora de plantear el tratamiento de los quistes hepáticos mediante técnicas, por vía laparoscópica o convencional, de simple enucleación o fenestración de los quistes, con el resultado potencial de persistencia, recidiva o diseminación de la enfermedad.

Finalmente, a pesar de lo excepcional de la presentación hepática, debemos considerar la endometriosis dentro del diagnóstico diferencial de masas quísticas hepáticas, sobre todo en mujeres de mediana edad con antecedentes de esta enfermedad y ante la presencia de lesión quística de gran tamaño, de contornos algo irregulares y tabicados en su interior. Además, el tratamiento debe ser la exéresis radical de una lesión con un evidente potencial maligno.

Bibliografía

1. Finkel L, Marchvsky A, Cohen B. Endometrial cyst of the liver. *Am J Gastroenterol*. 1986;81:576-68.
2. Rovati V, Faleschini E, Vercellini P, Nervetti G, Tagliabue G, Benzi G. Endometrioma of the liver. *Am J Obstet Gynecol*. 1990;163:1490-2.
3. Verbeke C, Harle M, Sturm J. Cystic endometriosis of the upper abdominal organs. Report on three cases and review of the literature. *Pathol Res Pract*. 1996;192:300-4.
4. Cravello L, D'Ercole CI, Le Treut Y-P, Blanc B. Hepatic endometriosis: a case report. *Fertil Steril*. 1996;66:657-9.
5. Chung CC, Liew CT, Hewitt PM, Leung KL, Lau WY. Endometriosis of the liver. *Surgery*. 1998;123:106-8.
6. Weinfeld RM, Johnson SC, Lucas CE, Saksouk FA. CT diagnosis of perihepatic endometriosis complicated by malignant transformation. *Abdom Imaging*. 1996;23:183-4.
7. Senda PN, Wendum D, Ballardur P, Dahan H, Tubiana JM, Arrive L. Adenosarcoma arising in hepatic endometriosis. *Eur Radiol*. 2000;10:1287-9.
8. Huang WT, Chen WJ, Chen CL, Wang JH, Eng HL. Endometrial cyst of the liver: a case report and review of the literature. *J Clin Pathol*. 2002;55:715-7.
9. Inal M, Bicakci K, Soyupak S, Oguz M, Özer C, Demirbas Ö, et al. Hepatic endometrioma: a case report and review of the literature. *Eur Radiol*. 2000;10:413-34.
10. Kouto Fichet G, Aubé C, Lebigot J, Pessaux P, Rousselet MC, Caron C. Kyste endométriosique hépatique. *J Radiol*. 2004;85:124-7.
11. Tuech JJ, Rousselet MC, Boyer J, Descamps P, Arnaud JP, Ronc-ray J. Endometrial cyst of the liver: a case report and review. *Fertil Steril*. 2003;79:1234-6.