

Esteatosis hepática focal multinodular



Multinodular focal hepatic steatosis

La esteatosis hepática es una anomalía común detectada en estudios de imagen. Existen formas altamente prevalentes como la esteatosis hepática difusa, y otras menos comunes como la esteatosis hepática multinodular, entidad muy infrecuente que provoca dificultades en el diagnóstico diferencial.

Presentamos el caso de un paciente con lesiones hepáticas focales con sospecha radiológica de adenomas.

Mujer de 46 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés y con un índice de masa corporal en rango de normopeso derivada a nuestro servicio por lesiones hepáticas. La paciente estaba asintomática y no tenía alteraciones en las pruebas de función hepática, hemograma o aumento de reactantes de fase aguda. Se solita tomografía computarizada (TC) abdominal donde destaca hepatomegalia y varias lesiones ocupantes de espacio (LOE) hepáticas, hipodensas con respecto al parénquima hepático, destacando por su tamaño, una de 2,5 cm en el segmento II y otra de 6 cm próxima al segmento caudado (fig. 1A). En el estudio trifásico las 3 lesiones de mayor tamaño presentaban un realce progresivo en fase tardía de forma homogénea y lavado de contraste a los 5 min de forma homogénea. La impresión diagnóstica es de adenomas hepáticos. Se completa el estudio con resonancia magnética (RM) abdominal donde se observan 3 lesiones hepáticas sólidas

redondeadas discretamente hiperintensas respecto al tejido normal en T2. En secuencia fase-fase opuesta presentan caída de intensidad de señal (fig. 1B). Tras la administración de contraste intravenoso presentan un escaso realce periférico. La paciente fue sometida a cirugía programada objetivando múltiples LOE hepáticas, las mayores de 6 cm en el segmento IVb y de 2,5 cm en el segmento II, de consistencia blanda y bien encapsuladas. En la ecografía intraoperatoria se observaron 7 lesiones hepáticas mayores de 1 cm y varias superficiales de 1-2 mm. La biopsia intraoperatoria concluyó con la ausencia de malignidad. Ante la sospecha de adenoma se realizó exéresis de las 2 lesiones de mayor tamaño.

La paciente evolucionó de forma satisfactoria siendo alta al quinto día del postoperatorio.

El resultado de la anatomía patológica fue esteatosis hepática focal multinodular (fig. 2).

La esteatosis hepática es una entidad clínica que consiste en un acúmulo de triglicéridos dentro del citoplasma de hepatocitos normales. La prevalencia en la población general es del 15% y la población de riesgo aumenta a un 45-95%^{1,2}. Los factores predisponentes descritos son: enolismo, diabetes, obesidad, terapia esteroidea, endocrinopatías, metabopatías y alimentación parenteral, fibrosis quística y embarazo^{3,4}.

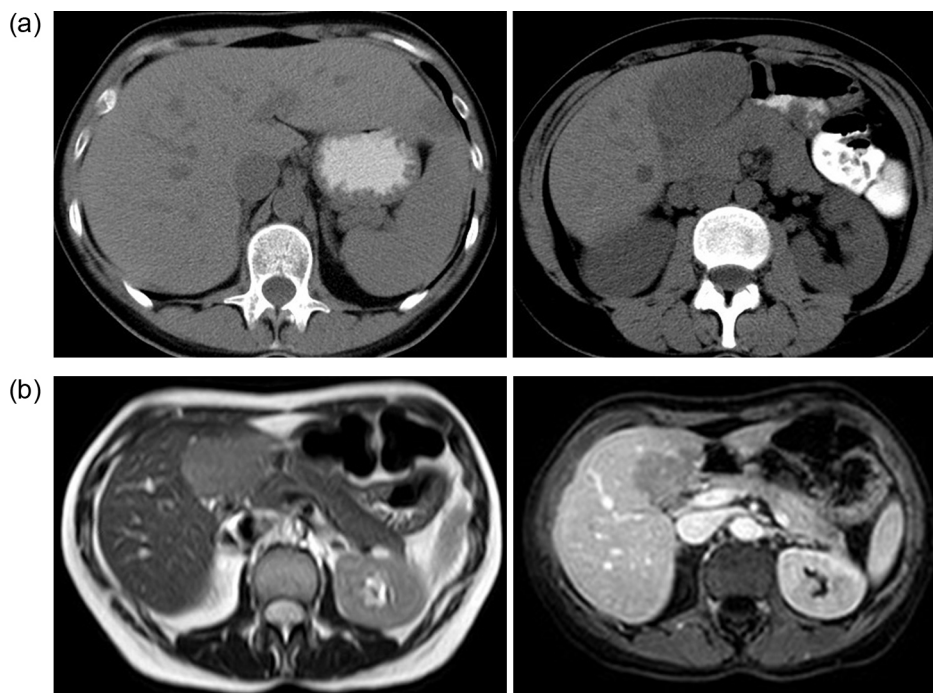


Figura 1 – A) Tomografía hepática en la que se observan lesiones hipodensas focales múltiples, destacando por su tamaño, una de 2,5 cm en el segmento II y otra de 6 cm próxima al segmento caudado; B) Resonancia magnética donde se observan lesiones hepáticas discretamente hiperintensas en la secuencia T1 en fase (a) y una marcada pérdida de la señal en la secuencia T1 en fase opuesta (b), donde aparecen hipointensa.

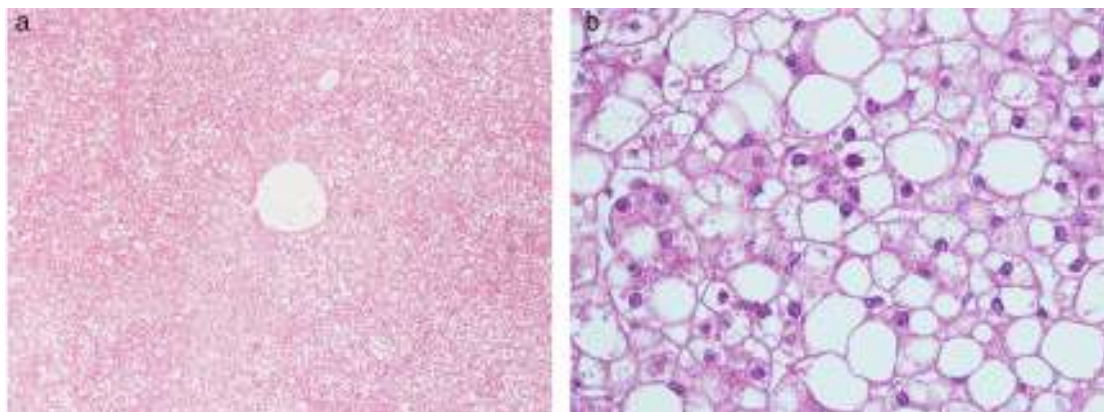


Figura 2 – H&E $\times 40$ (A) y H&E $\times 400$ (B): preparación histológica de tejido hepático donde se observan múltiples focos de vacuolización citoplasmática de hepatocitos afectando de forma difusa al tejido hepático.

Los pacientes suelen estar asintomáticos, pero en ocasiones puede presentar hepatomegalia, hipertensión portal y alteraciones en la función hepática.

Radiológicamente la esteatosis focal multinodular suelen ser lesiones hiperecoicas debido a la interfase tejido graso/no graso. En la TC son hipodensas⁴ y realzan menos que el hígado³. La RM posibilita el diagnóstico definitivo en la mayoría de los casos. Las secuencias T1 en fase y fase opuesta son las más específicas para detectar contenido graso intralesional^{1,4}. Los contrastes utilizados son el gadolinio, contraste extracelular con distribución similar a la del contraste yodado de la TC, o el mangafodipir trisódico (Mn-DPDP), contraste captado selectivamente por los hepatocitos. Se suele utilizar para caracterizar lesiones no hepatocelulares y lesiones hepáticas focales como el adenoma o la hiperplasia nodular focal.

La adenomatosis hepática es una enfermedad poco conocida y de etiología no aclarada^{5,6}. Presentan una alta tasa de complicaciones (necrosis, hemorragia, malignización)⁶. Suele ser más frecuente en mujeres (3:1)⁶ y los anticonceptivos orales son un factor etiológico en muchos casos⁵. El diagnóstico suele realizarse por hepatomegalia, por la aparición de complicaciones, o como hallazgo incidental en una laparotomía⁶. Realizar un diagnóstico de seguridad de adenoma por técnica de imagen es difícil, ya que suelen ser lesiones con un patrón semiológico inespecífico. Las opciones terapéuticas son la resección hepática y el trasplante hepático^{7,8}.

En el caso clínico que presentamos, la infiltración grasa nodular multifocal en el hígado se diagnostica erróneamente como adenomatosis hepática. La RM nos reveló la existencia de contenido graso intralesional en el estudio en T1 en fase y fase opuesta. El comportamiento de las lesiones en el estudio trifásico sugirió la existencia de adenomas y se decidió intervención quirúrgica programada por el riesgo de complicación que presentan estas lesiones y considerando el tamaño de las mismas.

La esteatosis hepática focal multinodular es una entidad que debemos plantearnos dentro del diagnóstico diferencial de lesiones hepáticas focales. Debemos considerar antecedentes personales y estudiar factores morfológicos, ecogenicidad, atenuación, intensidad de señal, captación de contraste extracelulares y con especificidad celular en RM.

Estos datos nos permiten en muchas ocasiones el diagnóstico de esteatosis hepática sin necesidad de biopsia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harmer OW, Aguirre DA, Casola G, Lavine JE, Woenckhaus M, Sirlin CB. Fatty liver: Imaging patterns and pitfalls. *Radiographics*. 2006;26:1637-53.
2. Angulo P. Non alcoholic fatty liver disease. *N Engl J Med*. 2002;346:1221-31.
3. Jiménez MM, Gallego MS, Lozano F, Blanco E, Alloza M. Focal fatty liver lesions: Infrequent ultrasonographic presentation [Article in Spanish]. *Gastroenterol Hepatol*. 2000;23:234-6.
4. Kemper J, Jung G, Poll LW, Jonkmann C, Luthen R, Moedder U. CT and MRI findings of multifocal hepatic steatosis mimicking malignancy; 2002;27:708-10.
5. Cliche L, Dao T, Salame E, Galais MP, Bouvars N, Schmutz G, et al. Liver adenomatosis: Reappraisal, diagnosis and surgical management. *Ann Surg*. 2000;231:74-81.
6. Ruiz M, Navarro A, Castro MJ, Aranda J, Mera S, Cabello A, et al. Adenomatosis hepática como causa excepcional de un hemoperitoneo espontáneo en el varón. *Cir Esp*. 2004;75:43-5.
7. Ribeiro A, Burgart LJ, Nagorney DM, Gores GJ. Management of conservative surgical approach. *Liver Transpl Surg*. 1998;4:388-98.
8. Ramia JM, Muffak K, Villar J, Garrote D, Ferrón JA. Tumores hepáticos sólidos benignos. *Cir Esp*. 2005;77:247-53.

Isabel María Gallarín Salamanca^{a*}, Francisco Galeano Díaz^a, Alejandro Rubio Fernández^b y Gerardo Blanco Fernández^a

^aServicio de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático, Complejo Hospitalario Infanta Cristina, Badajoz, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Infanta Cristina, Badajoz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gallarinsa@gmail.com
(I.M. Gallarín Salamanca).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.02.006>
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.