



VC-078 - A PROPÓSITO DE UN CASO: HEMANGIOMA HEPÁTICO GIGANTE

Fernández Holgado, Cristina¹; Raposo Puglia, Daniel²; Cepeda Franco, Carmen¹; Barzola Navarro, Ernesto¹; Gómez Bravo, Miguel Ángel¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; ²Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

Resumen

Introducción: El hemangioma hepático es la lesión hepática benigna más frecuente y se caracteriza por un patrón tomográfico concreto de realce nodular periférico en la fase inicial y posterior patrón centípeto, en mujeres de 30-50 años y sin factores de riesgo de malignidad. Cuando supera los 10 cm de diámetro, se considera hemangioma gigante y suelen ser sintomáticos. La alta sospecha de hemangioma permite una actitud conservadora en pacientes asintomáticos. Las indicaciones quirúrgicas son la ruptura con hemoperitoneo, el sangrado intratumoral y el síndrome de Kasabach-Merritt. Otras indicaciones relativas incluyen el dolor abdominal persistente, la ictericia obstructiva, la hipertensión portal, la superficialidad de lesiones riesgo traumático y el diagnóstico incierto. En este contexto, el hemangioma gigante puede beneficiarse de un manejo quirúrgico, teniendo en cuenta el riesgo de hemorragia y la dificultad técnica que supone sus dimensiones. Para suplir este hándicap, puede recurrirse a la embolización arterial transcatéter (TAE) hepática prequirúrgica.

Caso clínico: Mujer de 73 años, hipertensa, diabética e intervenida de anexectomía en contexto de lesión ovárica benigna, que presenta dolor en hemiabdomen derecho asociado a hepatomegalia y gran lesión sólidoquística evidenciada ecográficamente. Se realiza tomografía computarizada (TC) abdominal que describe lesión central hipodensa con región licuefactada quística-necrótica de 20 × 18 × 21,5 cm (transverso × anteroposterior × craneocaudal) con anillo periférico de aspecto sólido y calcificaciones, y realce nodular discontinuo, así como relleno progresivo en diferentes fases, compatible con hemangioma cavernoso gigante. Se repite TC a los 9 meses, en el que se aprecia crecimiento (21,5 × 23,8 × 27 cm), por lo que se decide intervención quirúrgica previa embolización hepática arterial. Se realiza enucleación de tumoración de 8 kilogramos bien delimitada de aspecto quística vascularizada, dependiente del lóbulo hepático derecho que requiere ligadura de la vena suprarrenal derecha. Posoperatorio sin incidencias salvo anemia aguda sin sangrado activo que responde a ferroterapia, siendo dada de alta a los seis días. El resultado anatomo-patológico describe lesión ampliamente necrosada con áreas de calcificación distrófica sin identificar parénquima hepático.

Discusión: Ante una lesión hepática, es fundamental descartar factores predisponentes de malignidad, ya que determinadas tumoraciones no serán subsidiarias de biopsia hepática, como es el caso del hemangioma. Si bien lo habitual es el manejo conservador, el hemangioma gigante, por lo general sintomático, implica una actitud quirúrgica. El volumen de la lesión supone un reto técnico que obliga al abordaje laparotómico y que, a pesar de que la técnica quirúrgica descrita es la enucleación, puede conllevar a la resección de parénquima hepático sano. La principal complicación

intraoperatoria es la hemorragia, tanto por el carácter vascular de la lesión como por la movilización de la gran masa. Para suplir este hándicap, la TAE hepática prequirúrgica se plantea como una opción de *downstaging*, ya que supone una mejora significativa de los factores de coagulación y una disminución de la pérdida de sangre intraoperatoria.