

María Jesús Álvarez Martín<sup>a\*</sup>, Ana María García Navarro<sup>a</sup>,  
Antonio Rodríguez Fernández<sup>b</sup> y Jose Antonio Jimenez Rios<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Cirugía General, Sección de Cirugía Esófago-gástrica,  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada,  
España

<sup>b</sup>Unidad de Medicina Nuclear, Hospital Universitario Virgen de las  
Nieves, Granada, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mjalvarezmartin@gmail.com](mailto:mjalvarezmartin@gmail.com)  
(M.J. Álvarez Martín).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.12.012>  
0009-739X/

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los  
derechos reservados.

## Tratamiento conservador en el seudotumor inflamatorio de origen hepático



### Conservative treatment of hepatic inflammatory pseudotumor

El seudotumor inflamatorio (PTI) es una lesión benigna rara; descrita por Brunn en 1939<sup>1</sup> en el pulmón, se define como una masa compuesta por una proliferación benigna de células inflamatorias con grado variable de fibrosis, que puede asemejar una neoplasia maligna.

La presentación clínica, los datos del laboratorio y los hallazgos radiológicos son variables, siendo el diagnóstico

diferencial difícil. Su tratamiento es controvertido planteándose la opción médica o quirúrgica.

Este tumor tiene una apariencia de tumor maligno, pero en la histología su curso clínico es benigno. Presentamos el caso de un paciente con una lesión hepática sólida diagnosticado de seudotumor inflamatorio hepático, tratado con antibióticos de forma prolongada con resolución del cuadro. Se discutirá el

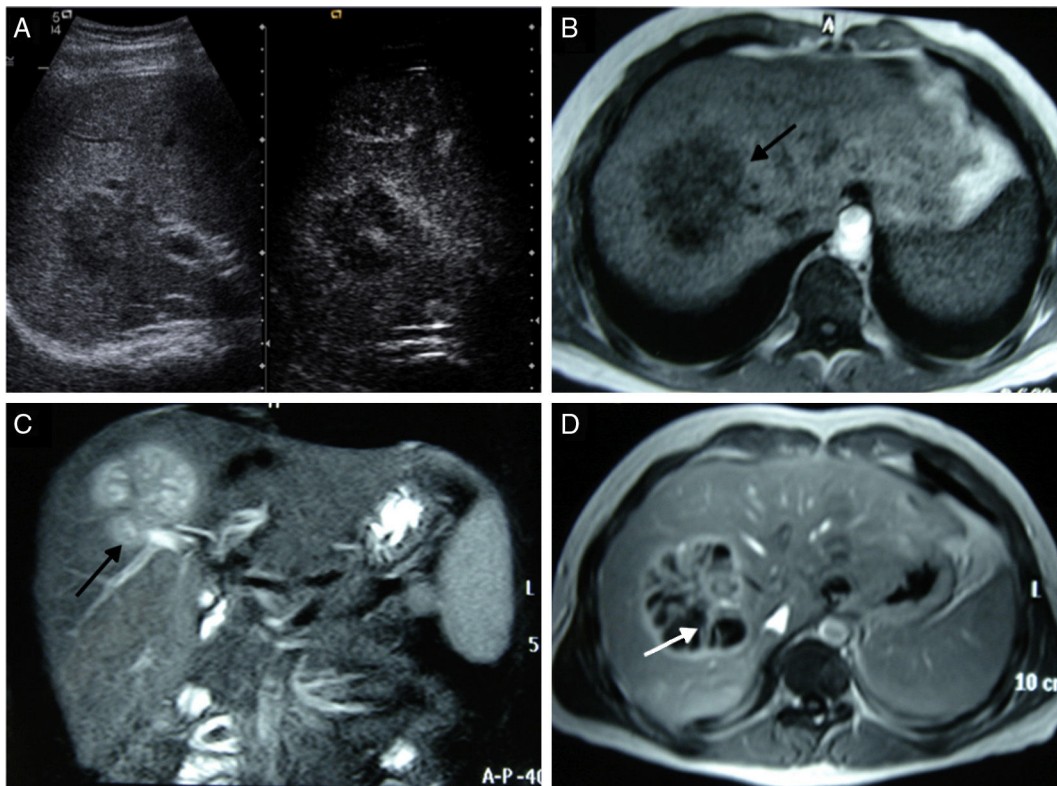


Figura 1 – A) La ecografía modo B (izquierda) muestra una lesión de bordes mal definidos con un fino realce periférico tras la administración de contraste (derecha). B-D) Lesión focal en LHD hipointensa en T1 (flecha en B) e hiperintensa en T2 (flecha en C). El estudio con contraste muestra (D) captación periférica con septos irregulares en su interior (flecha) en fase portal.

manejo terapéutico de este tipo de lesiones y su diagnóstico diferencial.

Varón de 28 años, con antecedentes de episodio febril secundario a una neumonía extrahospitalaria un año antes, acude al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho y fiebre de 38,5 °C de 2 días de evolución. En la analítica destaca presencia de leucocitosis con hipertransaminasemia y bilirrubina total de 3,3 mg/dl. La serología de la hidatidosis resultó negativa con marcadores tumorales dentro de la normalidad.

En la ecografía destaca la presencia de una lesión en lóbulo hepático derecho (LHD), hipoecoica de bordes mal definidos y con un fino realce periférico tras la administración de contraste (fig. 1). Se realiza una resonancia magnética con contraste objetivando una lesión focal de 8 cm, en LHD segmentos VII y VIII, que plantea el diagnóstico diferencial entre quiste hidatídico o un absceso hepático en el contexto clínico (fig. 1).

Dados los hallazgos, se instaura tratamiento antibiótico (amoxicilina-ácido clavulánico 875/125 mg cada 12 h) y antiinflamatorio (dexketoprofeno 25 mg cada 8 h), remitiéndose el paciente a nuestro hospital. La analítica de control muestra desaparición de la leucocitosis y normalización de las cifras de transaminasas y bilirrubina.

Ante la ausencia de un diagnóstico radiológico concluyente pese a la reducción de la lesión tras el tratamiento antibiótico, se realizó una biopsia hepática para descartar malignidad.

El estudio histológico muestra un tejido fibroinflamatorio denso con infiltración plasmacelular y eosinofílica sin presencia de necrosis o absceso, sugestivo de pseudotumor inflamatorio.

Con el diagnóstico de pseudotumor inflamatorio se continúa con el tratamiento conservador; el paciente ha sido estudiado en consultas, objetivándose una reducción progresiva del tamaño de la lesión (fig. 2) hasta su completa desaparición.

La localización más frecuente del pseudotumor inflamatorio es el pulmón, habiéndose descrito en sistema nervioso central, glándulas salivares, mama, hígado, páncreas y bazo.

Afecta más frecuentemente a adultos jóvenes y varones, con una edad media de aparición de 30 años. Su etiopatogenia es desconocida, proponiéndose un origen autoinmunitario o infeccioso<sup>2</sup>, habiéndose comunicado casos con microorganismos implicados (*E. coli* y coco grampositivo)<sup>3</sup>.

Esta entidad tiene una forma clínica de presentación muy variable, pudiendo presentarse con alteración del estado general, dolor abdominal o fiebre, como comenzó nuestro paciente; en otras ocasiones pérdida de peso o diarrea. En la exploración física, el dolor a la palpación en hipocondrio derecho y cierta hepatomegalia pueden estar presentes, siendo raros los síntomas de colestasis o fallo hepático.

Los hallazgos de laboratorio, pueden estar dentro del rango de normalidad, o detectarse alteración de los parámetros de inflamación o de función hepática<sup>4</sup>, como en nuestro paciente. Los marcadores tumorales suelen ser normales<sup>5</sup>, habiéndose descrito elevación de CEA y CA 19.9<sup>6</sup>.

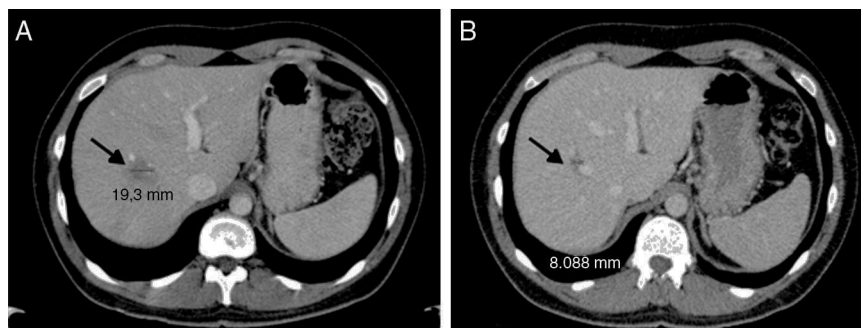
Desde el punto de vista radiológico, la presencia de una tumoración hepática sólida, sin criterios específicos, puede orientar hacia una neoplasia. El pseudotumor inflamatorio suele presentarse como una lesión bien delimitada<sup>7</sup>, pudiendo adoptar diferentes patrones radiológicos según el tiempo de evolución de la enfermedad, cantidad de estroma fibroso o componente inflamatorio<sup>8</sup>, dificultando el diagnóstico diferencial con otras lesiones como el colangiocarcinoma, hepatocarcinoma o las metástasis hepáticas<sup>9</sup>.

Dada la ausencia de uniformidad de características clínicas y pruebas complementarias, esta entidad continua siendo un reto diagnóstico en el momento actual, aunque hay que tenerla presente en el diagnóstico diferencial de las lesiones hepáticas.

En nuestro caso, la sospecha de esta afección, por la clínica, imagen radiológica del paciente, así como la respuesta al tratamiento médico prescrito, posibilitó el diagnóstico preoperatorio, evitando una intervención quirúrgica.

El tratamiento de elección del pseudotumor inflamatorio es médico, con antibióticos, corticoides y antiinflamatorios. Se ha descrito la remisión espontánea en algunos pacientes<sup>6</sup> tras una disminución progresiva del tamaño de la tumoración, en un periodo de tiempo variable, que oscila desde semanas hasta un año. Sin embargo, su baja incidencia unido a la dificultad diagnóstica, hace que la mayoría de los pacientes sean diagnosticados tras la exéresis quirúrgica de la lesión ante la imposibilidad de descartar una lesión maligna de forma preoperatoria.

En nuestro caso, dada la reducción del tamaño de la lesión en respuesta al tratamiento antibiótico, se planteó la posibilidad diagnóstica de pseudotumor inflamatorio hepático; y ante la ausencia de un diagnóstico radiológico concluyente, se



**Figura 2** – La TC de abdominopélvica con CIV a los 6 meses (A) muestra una reducción significativa de la lesión hepática (flecha). En el control anual (B) la lesión es menor a 1 cm.

practicó una biopsia hepática para descartar malignidad confirmando así nuestra sospecha.

Dado que es una afección benigna, el pronóstico es excelente en la mayoría de los casos, siendo raro que infiltre estructuras vecinas.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Brunn H. Two interesting benign lung tumours of contradictory histopathology: Remarks on the necessity of maintaining chest tumor registry. *J Thorac Surg.* 1939;9: 119-31.
2. Arber DA, Weiss LM, Chang K. Detection of Epstein-Barr virus in inflammatory pseudotumor. *Sem Diagn Pathol.* 1998;15:155-60.
3. Standiford SB, Sobel H, Dasmahapatra KS. Inflammatory pseudotumor of the liver. *J Surg Oncol.* 1989;40:283-7.
4. Calomeni GD, Ataíde EB, Machado RR, Escanhoela CA, Costa LB, Boin IF. Hepatic inflammatory pseudotumor: A case series. *Int J Surg Case Rep.* 2013;4:308-11.
5. Koea JB, Broadhurst GW, Rodgers MS, McCall JL. Inflammatory pseudotumor of the liver: Demographics, diagnosis, and the case for nonoperative management. *J Am Coll Surg.* 2003;196:226-35.
6. Yamaguchi J, Sakamoto Y, Sano T, Shimada K, Kosuge T. Spontaneous regression of inflammatory pseudotumor of the liver: Report of three cases. *Surg Today.* 2007;37:525-9.
7. Herek D, Karabulut N. Education and imaging. Hepatobiliary and pancreatic: Inflammatory pseudotumors of the liver. *J Gastroenterol Hepatol.* 2011;26:1217.
8. Costa-Pinho A, Melo RB, Graca L, Lopes JM, Costa-Maia J. Multiple hepatic inflammatory pseudotumors diagnosed after laparoscopic excisional biopsy. *J Clin Diagn Res.* 2013;7:1730-1.
9. Shirai Y, Shiba H, Fujiwara Y, Eto K, Misawa T, Yanaga K. Hepatic inflammatory pseudotumor with elevated serum CA19-9 level mimicking liver metastasis from rectal cancer: Report of a case. *Int Surg.* 2013;98:324-9.

Neus Ballester-Pla<sup>a\*</sup>, Rafael García-Domínguez<sup>a</sup>, Alexandre Pérez-Girbes<sup>b</sup>, Juan Francisco Orbis-Castellanos<sup>a</sup> y Eugenia Pareja<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Cirugía y Trasplante Hepático, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España

<sup>b</sup>Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ballesterplaneus@gmail.com](mailto:ballesterplaneus@gmail.com) (N. Ballester-Pla).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.05.008>  
0009-739X/

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.