

Hemoperitoneo como complicación de un carcinoma hepatocelular en lóbulo de Riedel. A propósito de un caso

Hemoperitoneum as a complication of a Riedel lobe hepatocellular carcinoma. About a case

César Augusto Zabaleta Arias¹

Ángela Neira Sepúlveda²

Ana M. Martínez³

DOI: <https://doi.org/10.53903/01212095.158>



Palabras clave (DeCS)

Hemoperitoneo
Carcinoma hepatocelular
Dolor abdominal

Key words (MeSH)

Hemoperitoneum
Hepatocellular cancer
Abdominal pain

Resumen

El hemoperitoneo puede ocurrir en diversas condiciones, entre ellas las tumorales. Se presenta el caso de una paciente de 80 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial (HTA), falla cardíaca y accidente cerebrovascular (ACV) que ingresa por dolor abdominal en el flanco derecho; al examen físico se describe una masa palpable, en el estudio tomográfico se caracterizó un hepatocarcinoma asociado al lóbulo hepático de Riedel. A los cinco días sufrió una ruptura hepática parcial con sangrado activo al peritoneo. Falleció como consecuencia de las complicaciones.

Summary

Hemoperitoneum can occur under various conditions, including tumorous ones. We present a case of an 80-year-old female patient, with a history of arterial hypertension, heart failure and stroke who was admitted due to abdominal pain in the right flank, on physical examination a palpable mass was noted. In the tomographic study, a hepatic carcinoma associated with Riedel's hepatic lobe was characterized. After five days he suffered a partial hepatic rupture with active bleeding into the peritoneum. He died as a result of complications.

Introducción

La hemorragia en la cavidad abdominal o hemoperitoneo puede ocurrir en diversas situaciones e implica una verdadera emergencia. Si bien existen muchas clasificaciones, la más práctica es identificar inicialmente si el hemoperitoneo es de origen traumático o no, y de acuerdo con el contexto del paciente y sus antecedentes se puede orientar la búsqueda a su posible etiología. Ante un posible origen traumático, el estudio de entrada en los servicios de urgencias es el EcoFAST (por sus siglas en inglés de *Focused Assessment with sonography for trauma*); sin embargo, tanto en la etiología traumática como en la no traumática, la ultrasonografía puede pasar por alto pequeñas cantidades de sangre intraabdominal, a diferencia de la tomografía (TC) (1). De igual manera, tiene limitaciones inherentes al estudio a diferencia de la TC.

Presentación de caso

Paciente femenina de 80 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), falla cardíaca y accidente cerebrovascular (ACV) en 2016, ingresó al servicio de urgencias por episodio de dolor abdominal en el flanco derecho asociado a sensación de tumoración. Al examen físico se palpó tumor en el flanco derecho asociado a dolor

de moderada intensidad, por lo cual se le realizó TAC abdominal multifásica con medio de contraste endovenoso. El resultado mostró una lesión completamente exofítica dependiente del lóbulo hepático de Riedel: una masa sólida heterogénea con patrón en mosaico, de naturaleza hipervascular que se extendía hasta la cavidad pelviana, con lavado (*wash out*) mixto en fase portal y realce capsular en la fase tardía, pero sin evidencia de compromiso vascular, ni cambios morfológicos hepáticos de cirrosis ni de líquido libre peritoneal (figura 1); por su comportamiento con el medio de contraste se interpretó como un hepatocarcinoma pediculado (HCC) en hígado sano. Durante su internación presentó de manera súbita signos y síntomas de abdomen agudo. Se le practicó estudio tomográfico con resultado de líquido libre perihepático, periesplénico (figura 2) y en cavidad abdominal de alta densidad (68 UH), compatible con hemoperitoneo, el cual se consideró secundario al HCC pediculado, aunque no se identificó foco activo del sangrado en fase arterial. Se le practicó cirugía de urgencia, con hallazgo de 2.000 mL de hemoperitoneo y hemorragia activa de la lesión descrita, por lo que se procedió a su resección. Las piezas anatómicas microscópicas evidenciaron carcinoma hepatocelular bien diferenciado (figura 3). Al segundo día de internación en terapia intensiva falleció como consecuencia de su inestabilidad hemodinámica y complicaciones *per se*.

¹Jefe de Residentes de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Español de Buenos Aires. (UBA). Buenos Aires, Argentina.

²Especialista de Diagnóstico por Imágenes, Fundación Favalaro. Instructora de Residentes del Hospital Español de Buenos Aires. (UBA). Buenos Aires, Argentina.

³Especialista en Anatomía Patológica, Hospital Español de Buenos Aires. (UBA). Buenos Aires, Argentina.

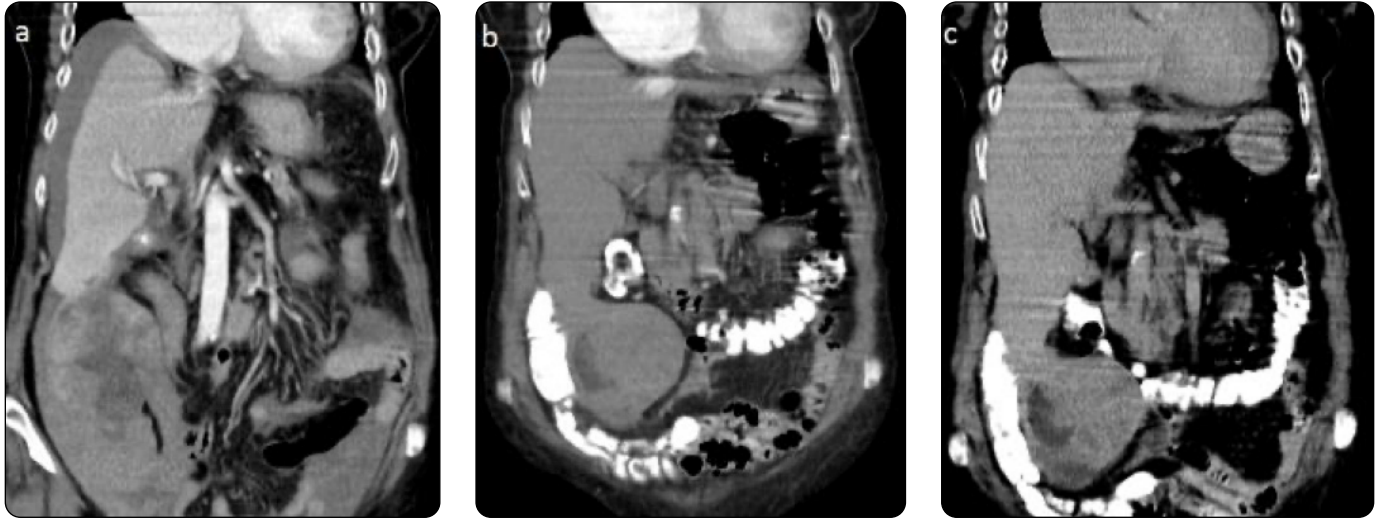


Figura 1. TC abdominal con medio de contraste y cortes coronales. Se identifica prolongación del lóbulo hepático derecho hacia la fosa iliaca derecha configurando lóbulo de Riedel. a) Se observa en fase arterial y en íntimo contacto con el lóbulo de Riedel, lesión sólida de bordes definidos e hipervascular con patrón en mosaico debido a las áreas de necrosis en su interior. b) Fase venosa: lavado (*wash out*). c) Cápsula periférica en fase tardía.

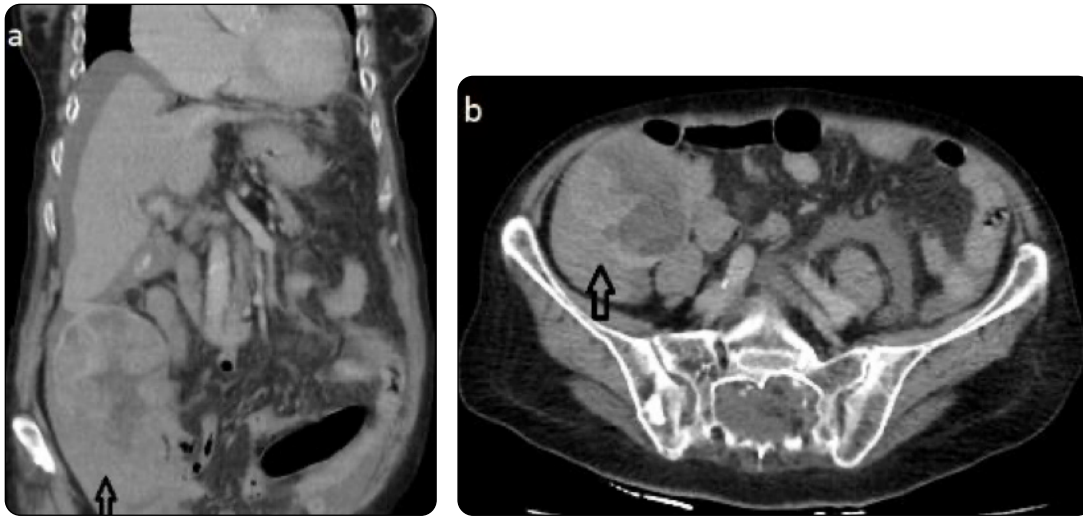


Figura 2. TC abdominal. a y b) Se identifica sangrado agudo (hemoperitoneo) adyacente a la lesión descrita en el lóbulo de Riedel (flechas negras). No es posible identificar foco activo de sangrado por el presente método.

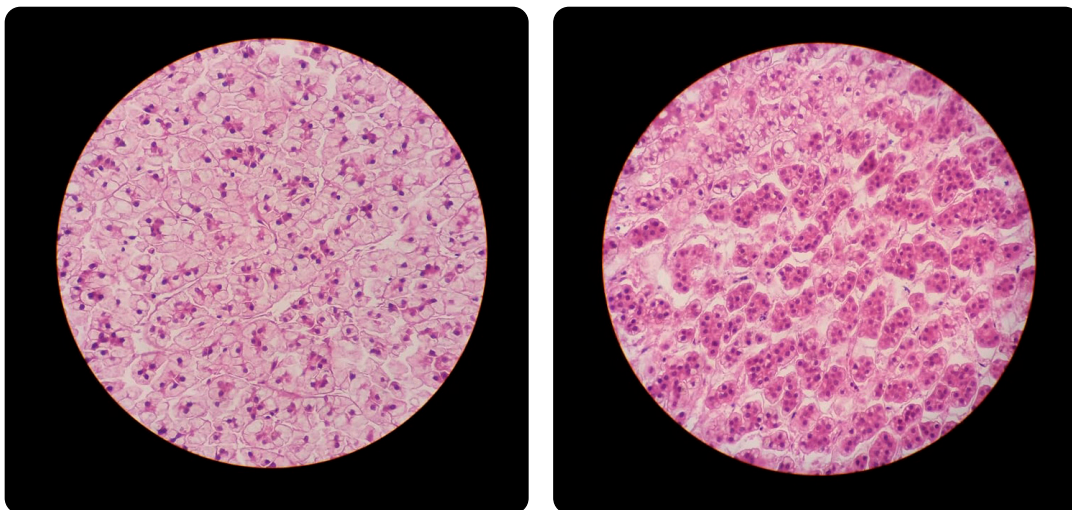


Figura 3. Piezas microscópicas de patología. Se identifica neoplasia compuesta por hepatocitos atípicos que se disponen en un patrón mixto con sectores pseudoacinares, trabeculares y sólidos con subtipos de células claras y de tipo esteatohepático.

Discusión

El hemoperitoneo espontáneo rara vez ocurre en ausencia de trauma, intervención quirúrgica, intervencionismo o en contexto de anticoagulación (2). En tales casos, se debe excluir la posibilidad de ruptura de una neoplasia. Las causas más comunes de hemorragia hepática no traumática son las neoplasias hipervasculares, como el HCC o el adenoma hepatocelular (3). El HCC usualmente se ve en hepatopatía crónica, y es la neoplasia maligna primaria más común de un órgano sólido en la población mundial (4). La prevalencia de ruptura de HCC en diversas series occidentales es baja, no supera el 2,8-3,2 %; por el contrario, en Asia y África es más alta (6,9 % y 14 %, respectivamente), así como el predominio de este tipo de cáncer, y es la causa más común de hemoperitoneo no traumático en pacientes de todas las edades (5,6). Además, debido al aumento de la esperanza de vida, el número de pacientes con HCC mayores de 80 años ha ido aumentando de forma constante y los estudios comienzan a enfocarse en este grupo poblacional (7).

El mecanismo fisiopatológico de esta complicación es desconocido, pero existen factores de riesgo de ruptura, como la localización subcapsular del HCC, localización periférica desprovisto de tejido normal suprayacente, el tamaño y su irrigación predominante arterial (8).

Por lo anterior, la ubicación en el lóbulo de Riedel se considera entre los factores de riesgo de ruptura espontánea. El lóbulo de Riedel es el tipo más conocido de lóbulos hepáticos accesorios. En 1888, Riedel lo describió como un alargamiento en forma de lengua de los segmentos hepáticos V y VI, ubicado en el cuadrante superior derecho y que puede extenderse hacia el flanco derecho y fosa iliaca, de acuerdo con los hallazgos —confirmados por cirugía (9)— en 7 mujeres con masa palpable en el hipocondrio derecho. Sin embargo, existen casos en la literatura de lóbulos de Riedel en el lóbulo hepático izquierdo, aunque esta no es la regla. Pueden ser sésiles o pediculados según su tipo de conexión al hígado, e incluso ectópicos (10).

La prevalencia del lóbulo de Riedel, determinada principalmente a partir de series radiológicas, oscila entre el 3,3 % y el 14,5 % en la literatura, y es mayor en mujeres que en hombres. El amplio rango de prevalencia posiblemente es la causa de las diversas definiciones que se encuentran en la literatura, así como de la falta de estandarización de los criterios diagnósticos en imágenes (10).

Es fácil prever la relación entre los lóbulos hepáticos accesorios y ciertos tumores hepatocelulares pediculados. Efectivamente, se han descrito tumores hepatocelulares o metastásicos en lóbulos accesorios o ectópicos. Los tumores hepatocelulares pediculados son raros, se estima que la incidencia oscila entre el 0,2 % y el 4,2 %, pero es probable que esté subestimada, ya que los informes de la literatura están constituidos por series quirúrgicas pequeñas (10-12).

No se ha demostrado claramente la asociación entre lóbulos hepáticos accesorios, incluyendo el lóbulo de Riedel y tumores pediculados. Sin embargo, algunos autores creen que el hígado ectópico podría ser más propenso a la transformación maligna debido a una disfunción metabólica. Aunque esta es una posibilidad, hay que recordar que el desarrollo de carcinomas hepatocelulares en un hígado normal (sin cirrosis, hepatitis crónica activa o fibrosis) y en ausencia de factores de riesgo conocidos no es un evento raro (10-12).

Conclusión

Los radiólogos deben reconocer los factores de riesgo que aumentan la prevalencia de ruptura espontánea neoplásica, entre los que se encuentra su localización, por lo que es importante conocer las variantes anatómicas —como el lóbulo hepático de Riedel— que pueden asociarse en un pequeño porcentaje a hepatocarcinoma, en ocasiones, sin cambios cirróticos. Por su localización y tamaño en un hígado sano, estos tumores se deben resear; en los pacientes cirróticos que tengan proscrita la cirugía, si el tumor es mayor de 5 cm o tienen comorbilidades, se les hace quimioembolización —no como tratamiento tumoral, sino para evitar esta catástrofe abdominal—. Por último, la elevada mortalidad secundaria a la ruptura del HCC obliga a los radiólogos a tener una elevada sospecha ante la presentación aguda de hemoperitoneo masivo, que lleva a inestabilidad hemodinámica e inclusive a la muerte del paciente, por lo que su diagnóstico oportuno es esencial.

Referencias

- Federle MP, Goldberg HI, Kaiser JA, et al. Evaluation of trauma by computed tomography. *Radiology*. 1981;138:637-44.
- Casillas VJ, Amendola MA, Caascue A, Pinnar N, Levi JU, Pérez JM. Imaging of nontraumatic hemorrhagic hepatic lesions. *RadioGraphics*. 2000;20:367-88.
- Pissas A, Danel V, Finet P. A rare complication of anticoagulants: hemoperitoneum caused by gallbladder rupture: review of the literature a propos of a case [original en francés]. *J Chir (Paris)*. 1985;122:235-45.
- Levy AD. Malignant liver tumors. *Clin Liver Dis*. 2002;6:147-64.
- Meyers WC. The liver. En: Sabiston DC Jr, Lyerly HK, eds. *Textbook of surgery*. 15th ed. Philadelphia, Pa: Saunders, 1997; pp. 1045-116.
- Fernández MP, Redvanly RD. Primary hepatic malignant neoplasms. *Radiol Clin North Am*. 1998;36:333-48.
- Dohmen K, Shirahama M, Shigematsu H, Irie K, Ishibashi H. Optimal treatment strategy for elderly patients with hepatocellular carcinoma. *J Gastroenterol Hepatol*. 2004;19(8):859-65.
- Kanematsu M, Imaeda T, Yamawaki Y, et al. Rupture of hepatocellular carcinoma: predictive value of CT findings. *AJR Am J Roentgenol*. 1992;158:1247-50.
- Gillard JH, Patel MC, Abrahams PH, Dixon AK. Riedel's lobe of the liver: fact or fiction? *Clin Anat*. 1998;11(1):47-9.
- Kapoor A, et al. Accessory hepatic lobe—a 'not so rare' entity. *Int J Anat, Radiol Surg*. 2017;6(2):26-30.
- Pujari BD, Deodhare SG. Symptomatic accessory lobe of liver with a review of the literature. *Postgrad Med J*. 1976;52:234-6.
- Arakawa M, et al. Propensity of ectopic liver to hepatocarcinogenesis: case reports and a review of the literature. *Hepatology*. 1999;29:57-61.

Correspondencia

César Augusto Zabaleta Arias
Hospital Español de Buenos Aires (UBA)
Av. Belgrano 2975, C1209
CABA, Argentina
cesarzabaleta@hotmail.com

Recibido para evaluación: 17 de febrero de 2021
Aceptado para publicación: 25 de mayo de 2021