

Los hemangiomas son la neoplasia primaria esplénica benigna más frecuente<sup>3,5-7</sup>. Su prevalencia en autopsias oscila entre el 0,03 y el 14%<sup>3,5</sup>. Hodge describió la primera extirpación quirúrgica en 1895. Desde entonces solo se han descrito 100 casos<sup>5</sup>. Son habitualmente lesiones únicas, pequeñas y asintomáticas, y son 9 veces más frecuentes en mujeres<sup>3</sup>. Su diagnóstico es habitualmente incidental y el punto clave es llegar a un diagnóstico correcto para tomar una decisión terapéutica correcta<sup>5</sup>. El tratamiento adecuado para el hemangioma esplénico no está clarificado<sup>5</sup>. Ciertos autores abogan por la esplenectomía por el posible riesgo de malignización a angiosarcoma, afirmandose que esta ocurre con mayor frecuencia en los hemangiomas grandes o cuando hay una afectación difusa esplénica. Pero la posibilidad real de malignización parece remota y no está bien definida<sup>5</sup>. Otros autores defienden la esplenectomía por la posible rotura espontánea especialmente en los grandes, o si son sintomáticos<sup>5,8</sup>. La serie de Willcox et al., que es la más grande publicada con 32 hemangiomas esplénicos, recomienda el seguimiento de las lesiones pequeñas asintomáticas pero no opina en caso de hemangiomas múltiples<sup>5</sup>. Las opciones quirúrgicas efectuadas son la esplenectomía parcial o total<sup>3</sup>. La embolización percutánea es una opción terapéutica también empleada<sup>3</sup>. Múltiples tratamientos médicos utilizados para producir la regresión de los hemangiomas hepáticos o esplénicos no han demostrado utilidad alguna<sup>3</sup>.

La presencia de hemangiomas múltiples en hígado y bazo en adultos es excepcional. Pueden aparecer como hemangiomas difusa en los llamados síndromes angiomatosos<sup>6,7</sup>. Solo 2 casos similares al que presentamos hemos encontrado en la literatura tras una búsqueda bibliográfica (Pubmed) incluyendo los términos hemangioma, bazo e hígado<sup>2,3</sup>. El tratamiento empleado en esos casos fue embolización percutánea de los hemangiomas hepáticos y esplénicos y esplenectomía posterior; y esplenectomía y observación de los hemangiomas hepáticos en el otro paciente<sup>2,3</sup>. Nosotros decidimos ya que la paciente estaba asintomática y no existía duda diagnóstica seguir el criterio postulado por Willcox en hemangiomas esplénicos y aceptado en los hepáticos efectuando observaciones periódicas de los hemangiomas hepáticos y esplénicos<sup>5</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- Duxbury MS, Garden OJ. Giant hemangioma of the liver: observation o resection. *Dig Surg*. 2010;27:7-11.
- Tarazov PG, Ploysalov VN, Ryzhkov VK. Hemangiomas of the liver and spleen: successful treatment with embolization and splenectomy. *AJR*. 1990;155:1235-6.
- Chatzoulis G, Kaltsas A, Daliakopoulos S, Sallam O, Maria K, Chatzoulis K, et al. Co-existence of a giant splenic hemangioma and multiple hepatic hemangiomas and the potential association with the use of oral contraceptives: a case report. *J Med Case Rep*. 2008;2:147.
- Ramia JM, Muffak K, Villar J, Garrote D, Ferron JA. Tumores hepáticos sólidos benignos. *Cir Esp*. 2005;77:247-53.
- Willcox TM, Speer RW, Schlinkert RT, Sarr MG. Hemangioma of the spleen: presentation, diagnosis and management. *J Gastroint Surg*. 2000;4:611-3.
- Elsayes KM, Narra VR, Mukundan G, Lewis JS, Menias CO, Heiken JOMR. Imaging of the spleen: spectrum of abnormalities. *Radiographics*. 2005;25:967-82.
- Vilanova JC, Barceló J, Smirniotopoulos JG, Perez Andres R, Villalon M, Miro J, et al. Hemangioma from head to toe: MR imaging with pathologic correlation. *Radiographics*. 2004;24:367-85.
- Disler DG, Chew FS. Splenic hemangioma. *AJR*. 1991;44.

José Manuel Ramia Ángel<sup>a,\*</sup>, Luis Gijón de la Santa<sup>b</sup>, Roberto de la Plaza Llamas<sup>a</sup>, José Quiñones Sampedro<sup>a</sup> y Jorge García-Parreño Jofre<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

<sup>b</sup>Servicio de Radiología, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jose\\_ramia@hotmail.com](mailto:jose_ramia@hotmail.com) (J.M. Ramia Ángel).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.04.007>

## Endometrioma hepático. Actualización y nuevos abordajes

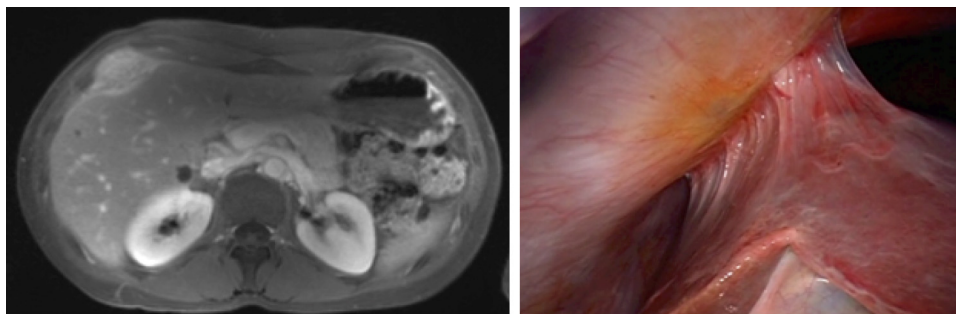
### Hepatic endometrioma. An update and new approaches

La endometriosis se caracteriza por la presencia de tejido endometrial funcional fuera de la cavidad uterina<sup>1</sup>. Su localización más común es la pelvis, pero se han descrito implantes endometriales extragenitales<sup>2</sup>, como los hepáticos.

Aportamos un nuevo caso de endometrioma hepático sintomático, destacando su diagnóstico diferencial y tratamiento quirúrgico mediante laparoscopia.

Mujer de 41 años nuligesta, sin antecedentes clínicos de interés, con historia de dolor en hipocondrio derecho y región costal derecha coincidiendo con la menstruación de 2 años de evolución.

Se practica analítica con parámetros de función hepática y marcadores tumorales (AFP, CEA, CA 125 y CA 19.9) normales, ecografía abdominopélvica y tomografía computarizada (TC),



**Figura 1 – RM hepática (T1): lesión de 55 × 45 × 25 mm en segmento 5 hepático con múltiples focos hemorrágicos en su interior y captación heterogénea. Imagen laparoscópica en la que se observa el implante diafragmático adherido al segmento 5 hepático.**

objetivando una imagen quística de 48 mm en segmento 5 hepático y quistes hepáticos simples. Se completa el estudio mediante resonancia magnética (RM) que informa de múltiples quistes hepáticos simples y una masa quística con focos hemorrágicos en espacio subfrénico derecho con impronta sobre segmento 5 hepático, compatible con implante endometriósico hepático (fig. 1). Con dicha sospecha es remitida a nuestra unidad donde se indica tratamiento quirúrgico laparoscópico.

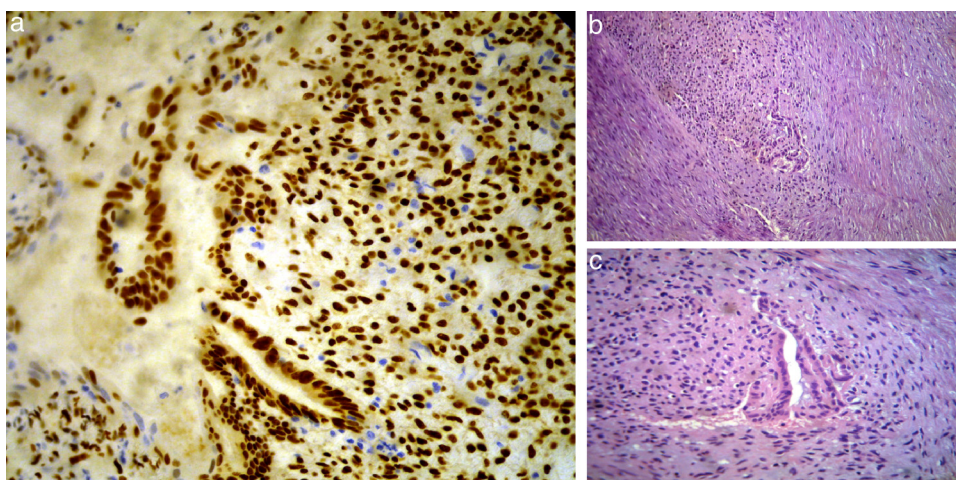
La paciente se coloca en decúbito supino con piernas en abducción. Se emplea un trocar de Hasson umbilical para la óptica de 0°, 2 trocares de 5 mm, uno en vacío derecho y otro subxifoideo, y un tercer trocar de 12 mm en vacío izquierdo, que nos permiten realizar un examen exhaustivo de toda la cavidad abdominal, incluyendo la pelvis. Intraoperatoriamente se observan varios focos de tejido endometrial ectópico en peritoneo pélvico, ambos ligamentos redondos y ligamento uterosacro derecho. En hemiabdomen superior se identifica la lesión en segmento 5 hepático adherida al hemidiafragma derecho (fig. 1), por lo que se procede a la vaporización de las lesiones pélvicas y resección del implante hepático mediante bisturí armónico previo control del pedículo hepático.

El estudio anatomopatológico confirma la presencia de focos de endometriosis entre parénquima hepático normal (fig. 2).

La paciente evoluciona favorablemente, siendo dada de alta al tercer día del postoperatorio y permaneciendo asintomática hasta el momento.

La endometriosis, descrita inicialmente por Rokitansky en 1960, es una enfermedad invasiva benigna caracterizada por endometrio ectópico funcionante presente hasta en el 15% de las mujeres en edad reproductiva<sup>1</sup>. Fundamentalmente afecta a los órganos de la pelvis, siendo el ovario la localización más frecuente, seguido de la serosa peritoneal, pero también se han comunicado lesiones en órganos extrapélvicos en el 8,9% de los casos<sup>2</sup>. El único órgano en la cavidad abdominal que parece resistente a esta afección es el bazo. Dentro de las localizaciones extragenitales de la endometriosis, la hepática es poco frecuente. Fue relatada originariamente en 1986<sup>3</sup> y, actualmente, solo se han publicado 22 casos en la literatura<sup>4</sup>.

Existen varias hipótesis sobre la etiopatogenia de la endometriosis hepática, siendo la más clásica la teoría de la menstruación retrógrada, responsable de la diseminación e implantación de células endometriales en la pelvis. Pero este mecanismo no explicaría la existencia de implantes



**Figura 2 – a) Inmunohistoquímica para receptores estrogénicos con positividad en los núcleos de las glándulas y del estroma. b) Glándulas endometriales con estroma endometrial en el seno de un tejido fibroso desmoplásico (HE × 100). c) Glándulas endometriales con estroma endometrial en el seno de un tejido fibroso desmoplásico a mayor aumento (HE × 200).**

extrapélvicos e intraparenquimatosos, que sí se justificarían por la hipotética diseminación celular a distancia por vía linfática o hemática. Además, en el caso de la endometriosis hepática existe predilección por la afección del lóbulo hepático derecho. Dicha distribución asimétrica puede ser fruto de la diseminación del líquido peritoneal en el sentido de las manecillas del reloj, desde la pelvis hasta la cápsula hepática y el diafragma<sup>5</sup>. Los movimientos respiratorios junto con la peristalsis intestinal favorecen este proceso, por lo que la endometriosis diafragmática puede ser la precursora de la endometriosis hepática y pleural<sup>6</sup>.

La endometriosis hepática se manifiesta con múltiples síntomas, destacando la epigastralgia o el dolor en hemiabdomen superior derecho. La exacerbación cíclica de los síntomas coincidiendo con la menstruación es muy característica, pero es poco habitual encontrarla en las mujeres con endometriosis extrapélvica<sup>7</sup>.

El diagnóstico de esta entidad requiere una alta sospecha clínica y puede realizarse mediante pruebas de imagen, como RM, TC o ecografía abdominal, pero no existen hallazgos específicos que nos permitan diferenciarla con seguridad de otras lesiones, por lo que es esencial la historia clínica de la paciente. La imagen radiológica más común es la presencia de una masa heterogénea de contenido quístico tabicado<sup>1</sup>, secundario a los continuos cambios que sufre el tejido endometrial según la estimulación hormonal.

Su tratamiento todavía es controvertido, siendo esencial la individualización del mismo. El tratamiento inicial puede ser médico mediante terapia hormonal, pero pocas veces ofrece beneficios a largo plazo, siendo frecuente la recurrencia de la enfermedad<sup>8</sup>. Por otra parte, existe riesgo de malignización de la endometriosis<sup>4,9</sup> (5% ovárica y 1% extraovárica), por lo que la mayoría de los autores recomiendan como primera línea de tratamiento la extirpación quirúrgica de la lesión con márgenes de seguridad adecuados, permitiéndonos llegar al diagnóstico final con el estudio histológico de la lesión reseca.

De los 22 casos de endometriosis hepática descritos en la literatura, solo 2 publicados por Nezhat et al.<sup>7</sup> se han tratado mediante cirugía laparoscópica, siendo nuestra paciente el tercer caso notificado. La principal ventaja del abordaje laparoscópico es la posibilidad de explorar minuciosamente toda la cavidad abdominal, incluyendo la pelvis. Basándonos en nuestra experiencia y en lo publicado hasta la actualidad, creemos que el abordaje laparoscópico de la afección hepática por endometriosis es una técnica segura<sup>10</sup>.

La endometriosis hepática es una afección poco común que debe ser considerada dentro del diagnóstico diferencial del dolor crónico en hemiabdomen superior en mujeres de mediana edad. El diagnóstico final solo es posible mediante el estudio patológico de la lesión y, teniendo en cuenta el riesgo de malignización de la misma, el tratamiento inicial debe ser su exéresis radical. El abordaje laparoscópico de la endometriosis hepática es un método fiable y efectivo, por lo que es el recomendado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Veeraswamy A, Lewis M, Mann A, Kotikela S, Hajhosseini B, Nezhat C. Extragenital endometriosis. *Clin Obstet Gynecol.* 2010;53:449-66.
2. Ferrero A, Pinedo A, Fernández-Corona A, Salas JS, Hernández-Rodríguez JL. Endometriosis extragenital. *Cin Invest Gin Obst.* 2007;34:6-10.
3. Finkel L, Marchevsky A, Cohen B. Endometrial cyst of the liver. *Am J Gastroenterol.* 1986;81:576-8.
4. Sánchez-Pérez B, Santoyo J, Suárez MA, Fernández JL, Aranda JM, González A, et al. Quiste hepático endometriósico malignizado. *Cir Esp.* 2006;79:310-2.
5. Varcellini P, Abbiati A, Viganó P, Somigliana ED, Duguati R, Meroni F, et al. Asymmetry in distribution of diaphragmatic endometriotic lesions: evidence in favour of the menstrual reflux theory. *Hum reprod.* 2007;22:2359-67.
6. Joseph J, Sahn SA. Thoracic endometriosis syndrome: new observations from an analysis of 110 cases. *Am J Med.* 1996;100:164-70.
7. Nezhat C, Kazerooni T, Berker B, Lashay N, Fernandez S, Marziali M. Laparoscopic management of hepatic endometriosis: report of two cases and review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol.* 2005;12:196-200.
8. Goldsmith P, Ahmad A, Dasgupta A, Campbell J, Guthrie J, Lodge J. Case hepatic endometriosis: a continuing diagnostic dilemma. *HPB Surg.* 2009;2009:407206.
9. Khan AW, Craig M, Jarmulowicz M, Davidson BR. Liver tumours due to endometriosis and endometrial stromal sarcoma. *HPB (Oxford).* 2002;4:43-5.
10. Jacobson TZ, Duffy JMN, Barlow D, Koninckx PR, Garry R. Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;7:CD001300.

Miriam Cantos Pallarés<sup>a,\*</sup>, Rafael López Andújar<sup>b</sup>,  
Eva María Montalvá Orón<sup>b</sup>, M. Carme Castillo Ferrer<sup>c</sup>  
y Miguel Rayón Martín<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Consorcio Hospital General Universitario, Valencia, España

<sup>b</sup>Unidad de Cirugía y Trasplante Hepático, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

<sup>c</sup>Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

<sup>d</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [micanpa@hotmail.com](mailto:micanpa@hotmail.com)  
(M. Cantos Pallarés).

0009-739X/\$ - see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.01.014>