

## Hepatocarcinoma sobre hígado ectópico peritoneal

Diego Martínez-Acitores de la Mata<sup>1</sup>, María Hernández Ainsa<sup>2</sup>, Luis Cortés García<sup>2</sup>, María Lourdes Bengochea Martínez<sup>3</sup> y María José Palacios Fanlo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. Servicios de <sup>2</sup>Aparato Digestivo, <sup>3</sup>Anatomía Patológica y <sup>4</sup>Cirugía General. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

**Recibido:** 31/05/2019 · **Aceptado:** 16/06/2019

**Correspondencia:** Diego Martínez-Acitores de la Mata. Servicio de Aparato Digestivo. C/ Irunlarrea, 3. 31008 Pamplona, Navarra. e-mail: diegoacitores132@hotmail.com

### RESUMEN

El hepatocarcinoma (HCC) sobre hígado ectópico es una entidad rara. La mayoría de los casos son asintomáticos y se descubren de manera casual en una autopsia o laparoscopia. En ocasiones producen clínica como dolor abdominal o hemorragia intraabdominal.

Se realiza revisión de la literatura y se presenta el caso de una mujer de 68 años diagnosticada de hepatocarcinoma sobre hígado ectópico peritoneal a raíz de un estudio por hipertransaminasemia leve asintomática.

**Palabras clave:** Hepatocarcinoma. Hígado ectópico. Alfafetoproteína. Epiplón.

*El paciente ha dado su consentimiento informado para la publicación de este caso.*

### INTRODUCCIÓN

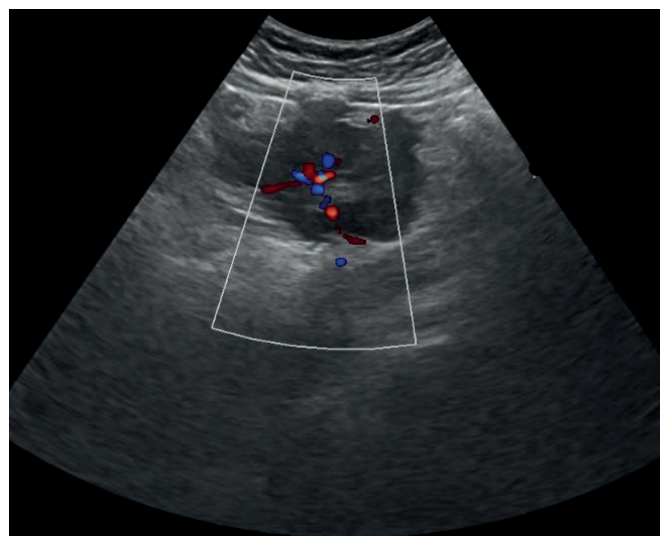
El hígado ectópico (HE) es una entidad infrecuente que se define como la presencia de tejido hepático normal separado del órgano hepático, debido a la migración aberrante de células hepáticas durante el desarrollo embrionario. La incidencia de HE se estima según las diferentes series de casos entre el 0,24% y el 0,47% (2-4,7). Se ha descrito la presencia de hígado ectópico en numerosas localizaciones, tanto próximas al hígado como en el ligamento hepático o la vesícula biliar (localización más frecuente), así como más alejadas del mismo, como en el páncreas, glándulas suprarrenales, peritoneo, retroperitoneo, testículos o incluso tórax (1,5,7).

Habitualmente suele ser asintomático, aunque ocasionalmente puede producir compresión de estructuras vecinas, hemorragia intraabdominal y hepatocarcinogénesis (1).

Sobre un hígado ectópico se pueden desarrollar lesiones de etiología benigna o, con mayor frecuencia, lesiones malignas como el hepatocarcinoma (HCC).

### CASO CLÍNICO

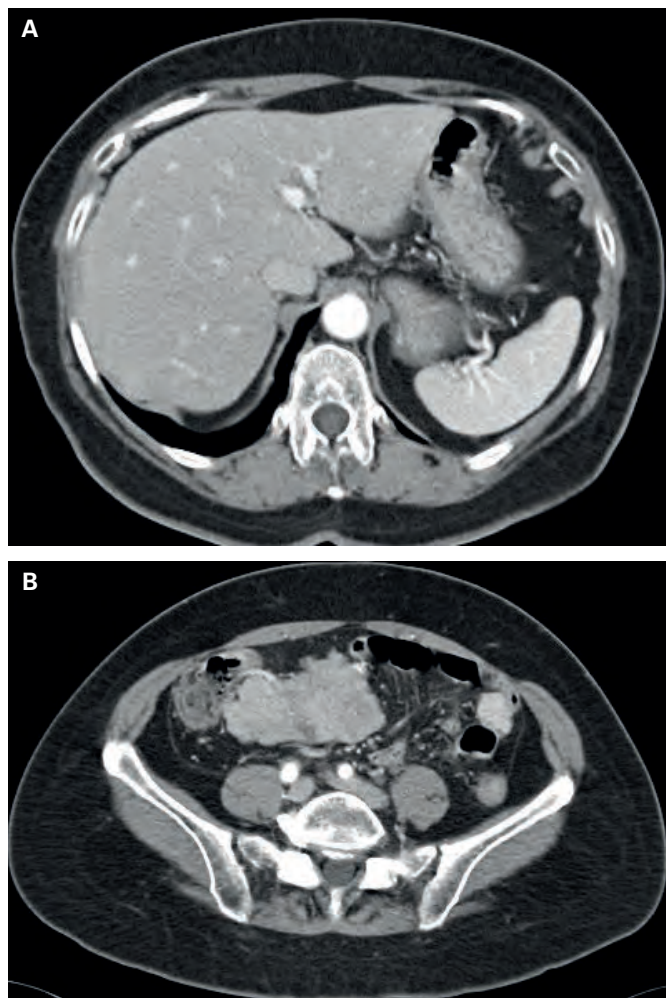
Presentamos el caso de una mujer de 68 años sin antecedentes de interés, salvo dislipemia. En un control analítico de rutina se detectó hipertransaminasemia leve (AST 58 UI/l, ALT 74 UI/l), por lo que se solicitó ecografía abdominal (Fig. 1), en la que se observó lesión sólida levemente heterogénea de 6 x 5 cm a nivel de hemiabdomen derecho. Se decidió completar el estudio mediante tomografía computarizada (TC) abdominopélvica (Fig. 2), que puso de manifiesto la existencia de una masa sólida heterogénea



**Fig. 1.** A nivel ecográfico, se observa lesión sólida levemente heterogénea e hipocóica de 6 x 5 cm a nivel de hemiabdomen derecho.

Martínez-Acitores de la Mata D, Hernández Ainsa M, Cortés García L, Bengochea Martínez ML, Palacios Fanlo MJ. Hepatocarcinoma sobre hígado ectópico peritoneal. Rev Esp Enferm Dig 2019; 111(10):809-811.

**DOI:** 10.17235/reed.2019.6408/2019

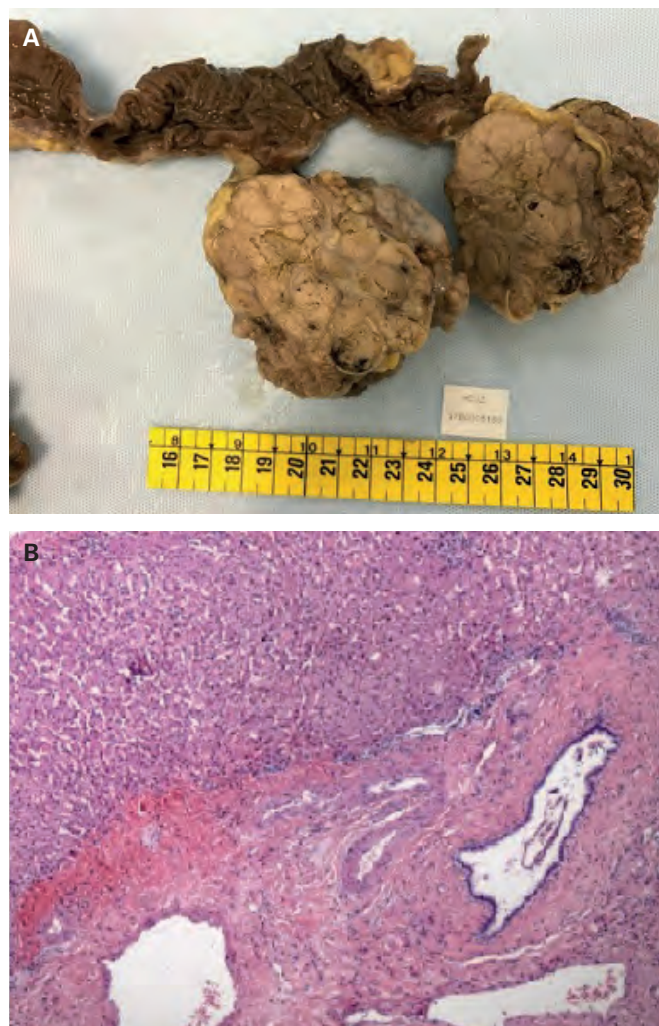


**Fig. 2.** En TC abdominopélvica, se observa hígado de tamaño y morfología normal, sin signos de cirrosis hepática (A), así como masa sólida heterogénea de aspecto polilobulado muy vascularizada de 8 x 6 x 4 cm, localizada en grasa mesentérica de hemiabdomen derecho (B).

de aspecto polilobulado muy vascularizada de 8 x 6 x 4 cm, localizada en grasa mesentérica de hemiabdomen derecho con sospecha de origen mesenquimal/estromal. No existían datos radiológicos de cirrosis hepática ni de hipertensión portal y el hígado presentaba un tamaño normal con perfiles lisos y un bazo de tamaño normal.

La paciente no había presentado dolor abdominal, pérdida ponderal ni otra clínica digestiva asociada (ECOG 0). Se solicitaron marcadores tumorales (CEA, CA 125 y CA 19.9), con resultado negativo. Se decidió realizar laparoscopia exploradora, en la cual se objetivó heteroplasia de epiplón mayor yuxtacólica a nivel de colon transverso acompañada de tres lesiones satélites (una de ellas localizada entre segmento hepático II, curvatura menor gástrica y pilar diafragmático izquierdo, y otras dos a nivel yeyunal e ileal). Ante dichos hallazgos, se realizó colectomía derecha con doble resección en cuña de delgado y exéresis de la lesión localizada entre hígado, estómago y diafragma.

En el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica (Fig. 3), concretamente en la masa localizada entre el seg-



**Fig. 3.** A. Metástasis de hepatocarcinoma en meso de intestino. B. Imagen microscópica que muestra tejido de hígado ectópico, en el que se aprecia espacio portal de gran tamaño similar a un hilio hepático, rodeado de hepatocarcinoma. HE40x.

mento hepático y el pilar diafragmático, se observó carcinoma hepatocelular moderadamente diferenciado sobre hígado ectópico, con invasión de vasos venosos, pero sin afectar al espesor de la pared intestinal. En las dos lesiones restantes no se observó tejido correspondiente a hígado ectópico. Sin embargo, si se visualizó invasión vascular, considerándose por lo tanto masas metastásicas de la primera lesión.

En el análisis inmunohistoquímico se observó positividad para Heppar-1, Glipycan 3, CK 18, inhibina-alfa y CEA policlinal, así como negatividad para CK 7, CK 8, CK 20, CD34, c-KIT, vimentina, cromogranina, CDX2, HMB45 y Melan-A. Ki67: 20%, con patrón heterogéneo.

Tras la intervención quirúrgica, se solicitaron niveles de alfafetoproteína (AFP), con resultado elevado (651 ng/ml). Las serologías de VHB y VHC, así como el perfil de autoinmunidad, fueron negativos.

No se produjeron complicaciones en el periodo postoperatorio. Tras dos años de la intervención quirúrgica, la paciente se encuentra asintomática, con niveles de AFP en

rango de normalidad y sin signos radiológicos de recidiva local ni a distancia.

## DISCUSIÓN

El HE está sujeto a los mismos factores de riesgo en el desarrollo de hepatocarcinoma que el órgano hepático (1). Sin embargo, factores de riesgo tales como el virus de la hepatitis B o C y la cirrosis parecen menos implicados en su patogenia; de hecho, únicamente dos de los 21 casos (9,5%) descritos por Arakawa y cols. mostraban serología viral positiva (2). Se estima que únicamente el 27-32% de los casos descritos de hepatocarcinoma ectópico presentaban una cirrosis previa (4), lo cual sugiere que el HE tiene por sí mismo propensión a la carcinogénesis. Los motivos de esta mayor capacidad degenerativa son desconocidos (5,6). No obstante, se piensa que la falta de flujo de la arteria hepática y falta de conexión al sistema venoso portal y biliar podrían favorecerlo al prolongar el tiempo de exposición a sustancias carcinogénicas del hepatocito o bien impidiendo los mecanismos de reparación nuclear (1-3).

La mayoría de los casos de HCC sobre hígado ectópico se han descrito en población asiática, con un desarrollo mucho menos frecuente en pacientes caucásicos (1). La localización más frecuente es la vesícula biliar.

El pronóstico de estos pacientes es significativamente mejor y con menor tasa de recurrencia que en los pacientes que desarrollan dicho tumor sobre hígado ortotópico, especialmente si se consigue una resección tumoral completa (4,5). El tratamiento de elección es la cirugía, con la cual se logra la curación en un elevado porcentaje de casos (5).

En la serie de tres casos publicados por Leone y cols. (1), dos permanecían libres de enfermedad a los cuatro años de la cirugía.

En definitiva, ante un paciente con una masa intraabdominal y elevación de los niveles de alfafetoproteína deberemos considerar el HCC sobre hígado ectópico como posible opción diagnóstica, aunque no existan signos de hepatopatía crónica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Leone N, De Paolis P, Carrera M, et al. Ectopic liver and hepatocarcinogenesis: report of three cases with four years' follow-up. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004;16:731-5. DOI: 10.1097/01.meg.0000131044.05434.f7
2. Arakawa M, Kimura Y, Sakata K, et al. Propensity of ectopic liver to hepatocarcinogenesis: case reports and a review of the literature. *Hepatology* 1999;29:57-61. DOI: 10.1002/hep.510290144
3. Kubota K, Kita J, Rokkaku K, et al. Ectopic hepatocellular carcinoma arising from pancreas: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2007;13(31):4270-3. DOI: 10.3748/wjg.v13.i31.4270
4. Braun M, Kuncman W, Teresinski L, et al. Pure hepatocellular carcinoma originates from an ectopic liver nodule located in the pancreas. *Contemp Oncol* 2017;21(4):311-31. DOI: 10.5114/wo.2017.72403
5. U-Hyoung S, Hyun-Joo L, Woo-Sang R, et al. Laparoscopic resection of a hepatocellular carcinoma arising from an ectopic liver. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2008;18:508-10. DOI: 10.1097/SLE.0b013e31817e920f
6. RenAn J, Qingsong Y, Xiao L. Ectopic hepatocellular carcinoma manifesting multiple abdominal masses. *Medicine* 2017;96:48(e8968). DOI: 10.1097/MD.0000000000008968
7. Kim KA, Park CM, Kim CH, et al. Hepatocellular carcinoma in an ectopic liver. *Eur Radiol* 2003;13(Suppl 6):L45. DOI: 10.1007/s00330-003-1908-6