

Introducción

Presentamos el caso de un paciente intervenido de adenocarcinoma ampular duodenal estadio I, que tras 2 años libre de enfermedad presenta dolor abdominal, fiebre, hiperbilirrubinemia y elevación de marcadores tumorales. Tras primera valoración clínico-radiológica existe sospecha de progresión hepática

Descripción del caso

Paciente de 51 años diagnosticado en febrero de 2017 de adenocarcinoma ampular que infiltra pared duodenal, G3 pT2N0M0 (estadio I). Intervenido mediante pancreatomectomía proximal. Posteriormente inicia seguimiento.

En septiembre de 2019:

Ingresa por dolor abdominal, fiebre, hiperbilirrubinemia (2.3mg/dl) y elevación de Ca 19.9 (166.6U/ml).

En TC se describen lesiones hipodensas de aspecto benigno y lesión de 10 mm en lóbulo hepático derecho sospechosa. En RM progresión metastásica hepática múltiple.

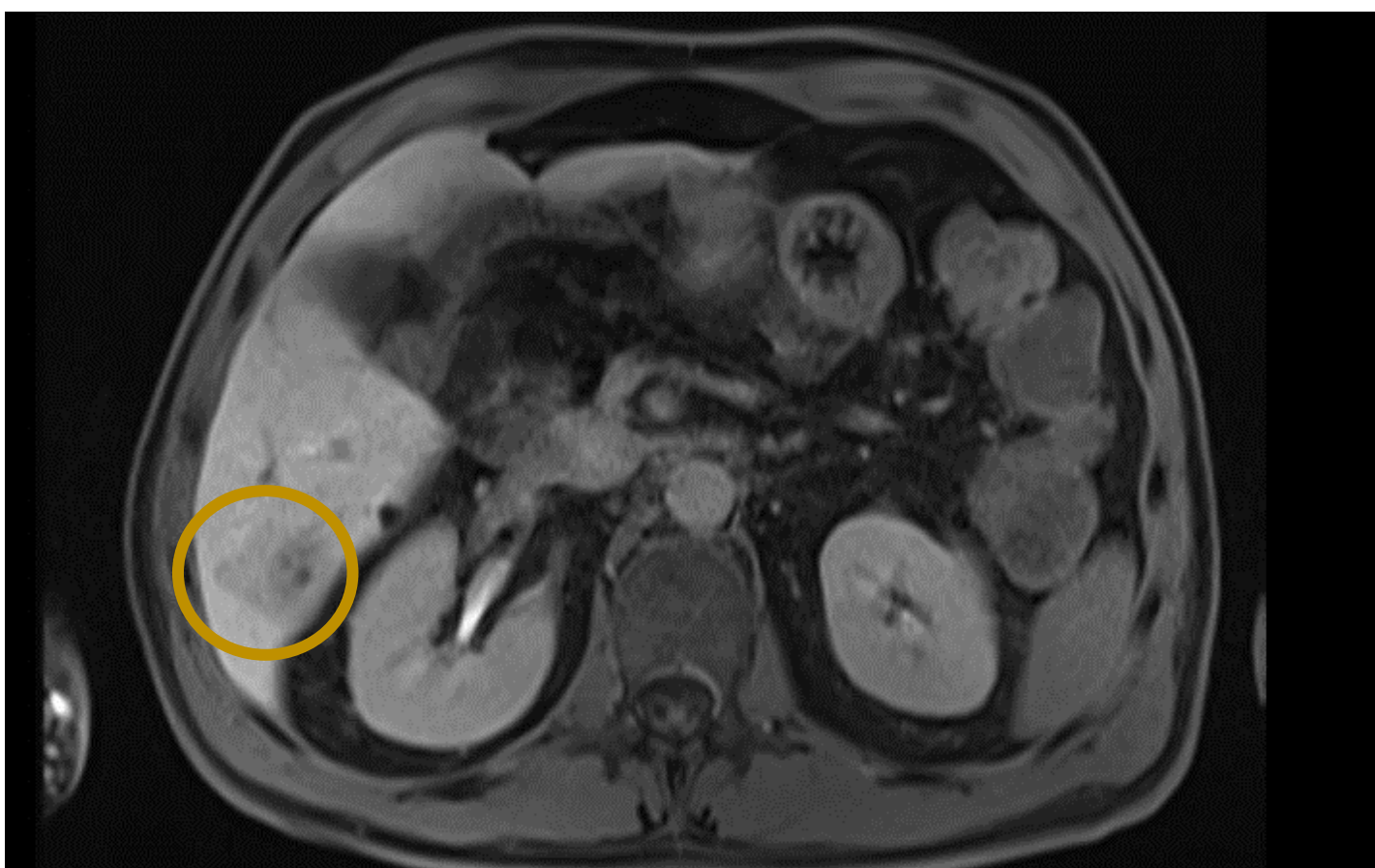


Figura 1. RM: lesión de 43 mm en segmento VI periférico.

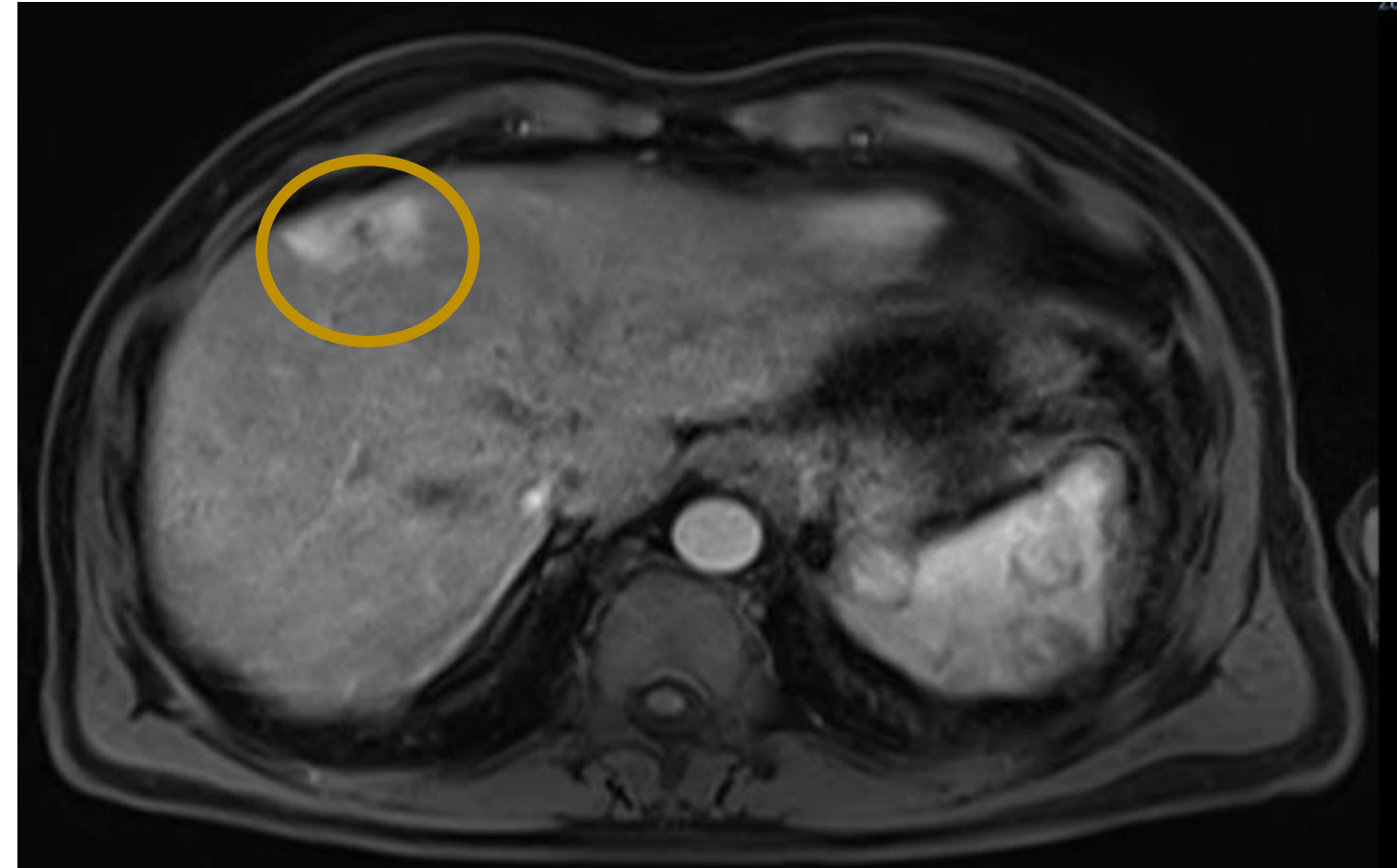


Figura 2. RM: dos lesiones confluentes de unos 42 mm en su totalidad en segmento Iva.

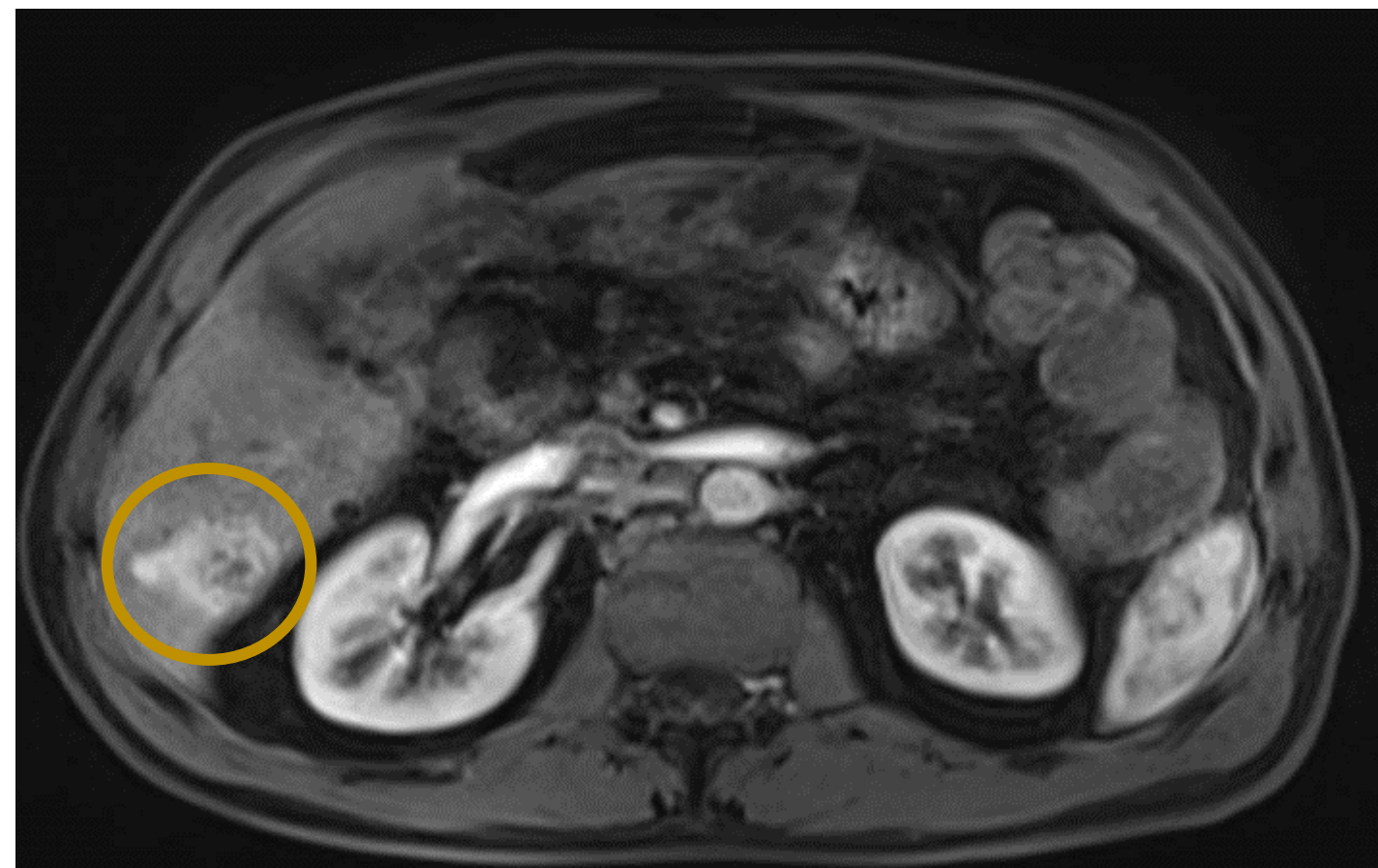


Figura 3. RM: Lesión de 43 mm en segmento VI periférico.

- Inicia tratamiento con CAPOX (Oxaliplatino 130mg/m²-Capecitabina 1000mg/m²).
- Tras cuarto y octavo ciclo presenta estabilización por TC y normalización de marcadores. Continúa con capecitabina en monoterapia.

En abril de 2020:

TC: lesiones hipodensas de aspecto benigno, sin observarse lesiones hepáticas sospechosas y dilatación de la vía biliar por posible estenosis de anastomosis.

Se solicita Resonancia Magnética

Pendiente de RM ingresa por fiebre, ictericia y dolor abdominal

Exploración Física:

ECOG 1. Ictericia. Afebril. Auscultación cardiorrespiratoria, abdomen y extremidades inferiores normales

Pruebas complementarias:

- Analítica: bilirrubina 3.6mg/dl a expensas de directa.
- RM hepática: nueva lesión milimétrica en segmento VI, con restricción en difusión y realce en anillo, que podría corresponder a metástasis.
- Colangiograma: dilatación de vía biliar intra y extrahepática y defectos de repleción compatibles con litiasis en conducto hepático común.

Diagnóstico diferencial

Tabla 1. Principales lesiones focales hepáticas.¹

Lesiones sólidas benignas	Lesiones sólidas malignas	Lesiones fluidas o quísticas
Hemangioma hepático Adenoma hepatocelular Hiperplasia nodular focal Hiperplasia nodular regenerativa Pseudolipoma Hemangioendoteloma infantil Hamartoma mesenquima	Hepatocarcinoma Colangiocarcinoma Intrahepático Metástasis hepáticas	Quiste simple Enfermedad poliquística hepática Quiste hidatídico Absceso hepático Quiste coledociano Cistoadenoma/ cistoadenocarcinoma

Tabla 2. Condiciones asociadas con niveles séricos elevados de CA 19-9.

Maligno
Cánceres pancreáticos exocrinos y neuroendocrinos Cáncer biliar (vesícula biliar, colangiocarcinoma, cánceres ampulares) Cáncer hepatocelular Cáncer de estómago, de ovario y colorrectal (con menor frecuencia) Cáncer de pulmón, mama, útero (raro)
Benigno
Colangitis aguda Cirrosis y otras enfermedades colestásicas (incluidos cálculos biliares)

Tratamiento y evolución

Se realiza drenaje biliar, dilatación de anastomosis y eliminación de litiasis por colangiografía transhepática percutánea. Ante la dilatación de la vía biliar con indicación de colocación de prótesis biliar plástica vs metálica, se comenta el caso en comité de tumores digestivos.

Tras objetivar resolución completa de las lesiones hepáticas, con aparición de una única lesión de 6mm en segmento VI inespecífica, no se descarta que se tratan de abscesos hepáticos secundarios a colangitis y se acuerda colocación de prótesis biliar plástica transitoria.

Tras informar al paciente se consensua finalizar quimioterapia y seguimiento conjunto por oncología y cirugía. En última revisión (octubre 2020) el paciente se encuentra asintomático, sin nuevos episodios de colangitis, pendiente de retirada de prótesis y sin datos de recaída tumoral.



Figura 4. RM: lesión en Segmento VI de 6 mm.

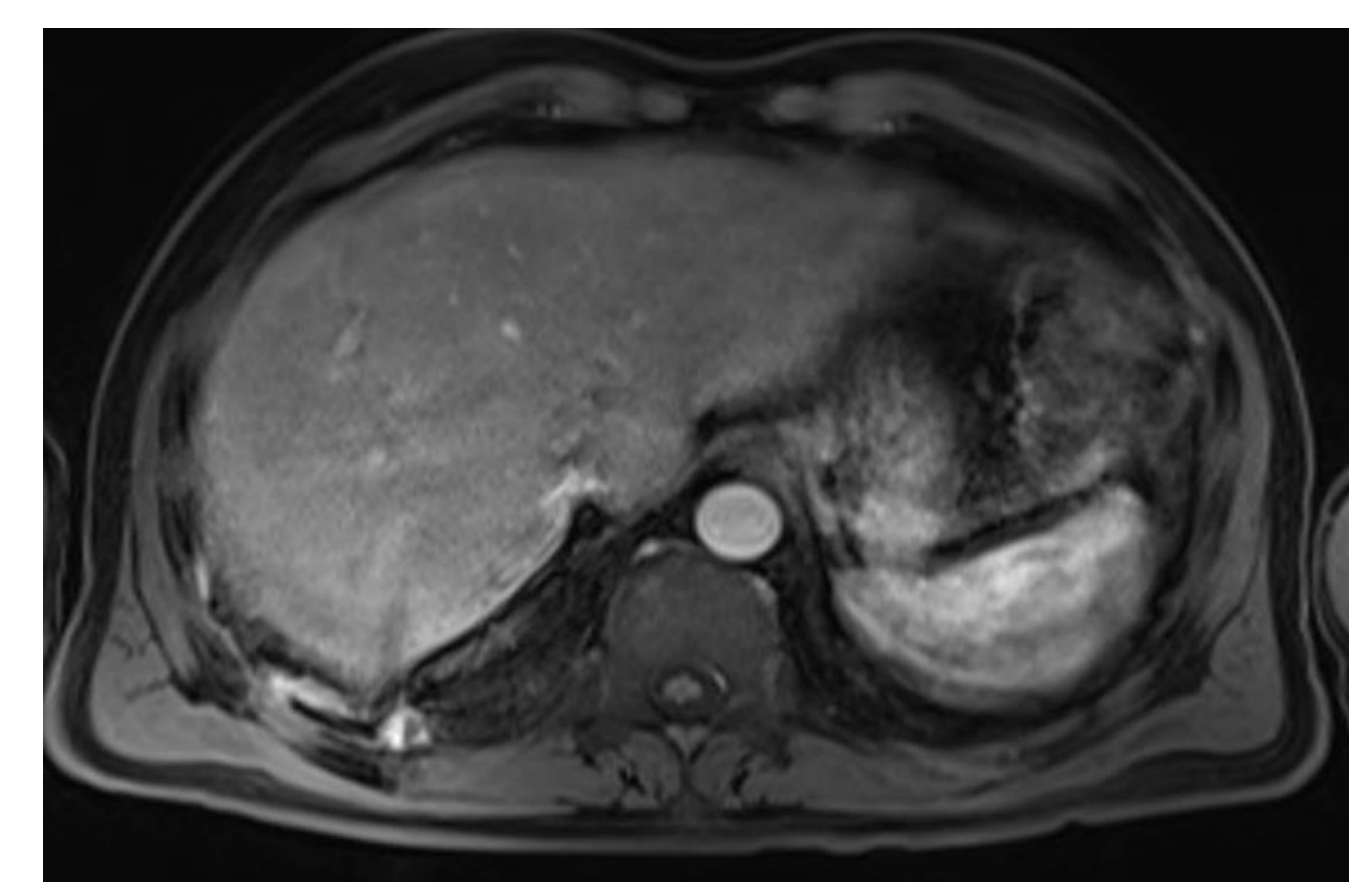


Figura 5. RM: Parénquima hepático sin lesiones.

Breve discusión

El diagnóstico diferencial más probables de LOEs hepáticas en nuestro paciente son:

- Las metástasis hepáticas ya que se tratan del tumor hepático maligno más frecuente, presentándose en forma de lesiones múltiples y en pacientes con antecedentes de neoplasia^{1,2}. El patrón de realce varía según la neoplasia primaria, en el caso del colon, estómago y páncreas suelen mostrar una menor atenuación en comparación con el parénquima hepático circundante³.
- Los abscesos hepáticos, que se deben sospechar en pacientes con fiebre, dolor en hipocondrio derecho y suelen tener un foco infeccioso intrabdominal, fundamentalmente biliar. Habitualmente se presentan como lesiones con contenido fluido heterogéneo y captación en anillo en las pruebas de imagen con contraste¹.

La relevancia de nuestro caso radica en el hecho de que, debido al antecedente de neoplasia, las pruebas radiológicas fueron encaminadas al diagnóstico de progresión hepática. Al analizar retrospectivamente las pruebas realizadas, la clínica y evolución del paciente, el diagnóstico orientó hacia abscesos hepáticos. Esta situación debería hacernos recalcar la importancia de la historia clínica detallada y el estudio de la anatomía patológica de las lesiones sospechosas para así tratar de forma adecuada al paciente. En nuestro caso las metástasis resultaron ser abscesos hepáticos secundarios a episodios de colangitis

BIBLIOGRAFIA

1. Fajes, JL Herrera, O. Ortega Lobete, and L. Carrión Martín. Protocolo diagnóstico de las lesiones focales hepáticas en el hígado no cirrótico. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado 13.12 (2020): 693-698.
2. C. Fenioux, C. Tournigand, A. Luciani, A. Laurent, E. Kempf. Metástasis hepáticas EMC - Tratado de Medicina, Volume 24, Issue 1, 2020, Pages 1-12
3. Ros PR, Davis GL. The incidental focal liver lesion: photon, proton, or needle? Hepatology. 1998 May;27(5):1183-90. doi: 10.1002/hep.510270501.
4. Molina V, Visa L, Conill C, Navarro S, Escudero JM, Auge JM, Filella X, Lopez-Boado MA, Ferrer J, Fernandez-Cruz L, Molina R. CA 19-9 in pancreatic cancer: retrospective evaluation of patients with suspicion of pancreatic cancer. Tumour Biol. 2012 Jun;33(3):799-807. doi: 10.1007/s13277-011-0297-8. Epub 2011 Dec 29.
5. Carlos Fernández-del Castillo, MD. Manifestaciones clínicas, diagnóstico y estadificación del cáncer de páncreas exocrino. En: Kenneth K, ed UpToDate. UpToDate, 2020.