

HEMATOPOYESIS EXTRAMEDULAR FOCAL HEPÁTICA DIAGNOSTICADA TRAS PUNCIÓN ECODIRIGIDA EN UN PACIENTE CON CARACTERÍSTICAS DE IMAGEN TÍPICAS DE CARCINOMA HEPATOCELULAR

HEPATIC EXTRAMEDULLARY HEMATOPOIESIS DIAGNOSES AFTER PERCUTANEOUS LIVER BIOPSY IN A PATIENT WITH RADIOLOGIC FEATURES OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA

C. Delgado Martínez, M. Castellanos González,
M. Gómez Rubio, B. de Cuenca Moró

*Servicio Medicina Digestiva
Hospital Universitario de Getafe*

RESUMEN

El carcinoma hepatocelular es la neoplasia hepática primitiva maligna más frecuente y su diagnóstico en pacientes cirróticos se realiza mediante pruebas de imagen dinámicas. La hematopoyesis extramedular se produce como mecanismo compensatorio en distintas enfermedades hematológicas, siendo su forma focal hepática excepcional. La biopsia hepática ecodirigida es una técnica segura y de gran utilidad para el diagnóstico diferencial de lesiones ocupantes de espacio hepáticas.

PALABRAS CLAVE: hepatocarcinoma, hematopoyesis extramedular, biopsia hepática, hemoglobinopatías

ABSTRACT

Hepatocellular carcinoma is the most common malignant primary liver tumor and its diagnosis in cirrhotic patients is performed by dynamic imaging tests. Extramedullary hematopoiesis occurs as a compensatory mechanism in different hematological diseases and its exceptional hepatic focal form. Ultrasound-guided liver biopsy is a safe and useful technique for the differential diagnosis of liver space-occupying lesions.

KEYWORDS: hepatocellular carcinoma, extramedullary hematopoiesis, liver biopsy, hemoglobinopathies.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma hepatocelular (CHC) es la neoplasia hepática maligna primitiva más frecuente. De forma habitual, su diagnóstico se realiza mediante técnicas de imagen dinámicas con contraste, fundamentalmente resonancia magnética nuclear (RMN) tomografía computarizada (TC) o ecografía^{1,2}. La hematopoyesis extramedular es un mecanismo reactivo para suplir una producción insuficiente o destrucción aumentada de células sanguíneas que se localiza generalmente de

TRABAJO ENVIADO: 07/03/2021

ACEPTADO PARA SU PUBLICACIÓN: 06/04/2021

CORRESPONDENCIA:

Carolina Delgado Martínez
Dirección Responsable de la correspondencia:
Hospital Universitario de Toledo.
Av. del Río Guadiana, s/n. 45007 Toledo
cdelgadam91@gmail.com

forma difusa en hígado, bazo y ganglios linfáticos, siendo excepcional su forma focal hepática³. Se presenta el caso de un varón de 32 años con talasemia y una lesión ocupante de espacio hepática (LOEH) con características típicas de CHC en RMN dinámica finalmente diagnosticada de foco de hematopoyesis extramedular (HEM) tras punción hepática ecodirigida.

CASO CLÍNICO

Varón de 32 años con talasemia intermedia diagnosticada a los 8 años y tratado con transfusión crónica, quelante férrico y ácido acetilsalicílico. Diagnosticado hace 10 años de hemocromatosis secundaria a sobrecarga férrica con RMN hepática que identifica un depósito férrico hepático de 320 $\mu\text{mol/g}$, compatible con moderadamente severo.

Se derivó a las consultas de Hepatología para seguimiento. Se realizó un FibroScan con resultado de 4.5 Kpa, sugerente de ausencia de fibrosis significativa y una ecografía abdominal en la que se objetivan datos de hepatopatía crónica, un nódulo hipocóico de 25 mm en segmento VIII hepático (Figura 1). Se amplió estudio para caracterización de la lesión mediante RM dinámica identificando datos de hepatopatía crónica, afectación difusa del parénquima hepático secundaria al depósito férrico, varios focos de hematopoyesis extramedular a nivel para vertebral y LOEH de 25 mm en segmento VIII con comportamiento vascular típico de CHC (Figura 2).

Debido a la sospecha de que se tratara de una lesión maligna realizó punción biopsia hepática ecodirigida de lesión focal mediante aguja Angiomed Autovac 19.5G y de parénquima difuso mediante aguja Biopin-

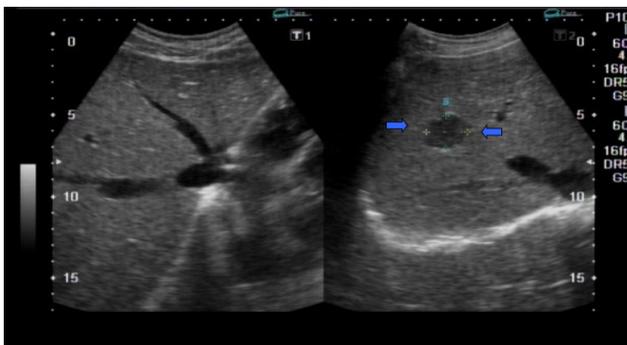


Figura 1. Lesión focal hepática en segmento VIII de 25 mm de diámetro mayor, hipocogénica y de bordes regulares.

ce 18G para conocer el grado de fibrosis subyacente. El estudio de la muestra de tejido difuso demostró hem siderosis grado 3 sin confirmar la presencia de cirrosis. Por otro lado, la histología de la LOEH evidenció un foco de HEM sobre hígado sano (Figura 3).

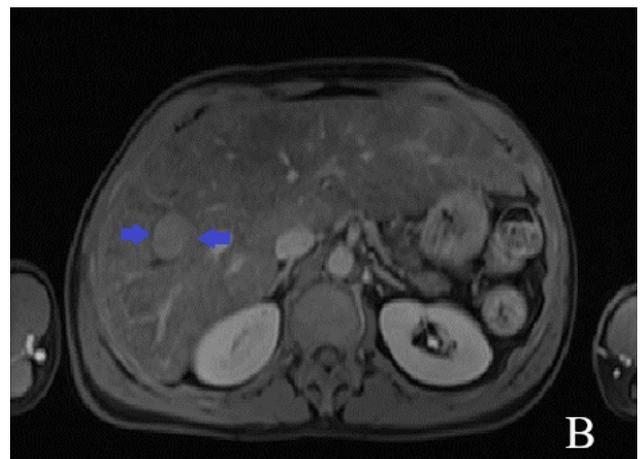
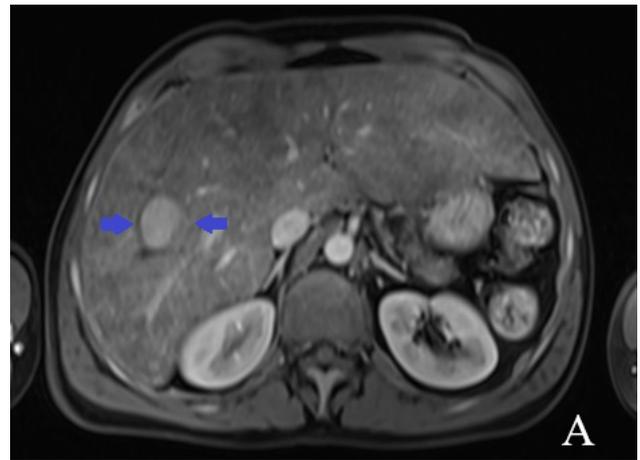


Figura 2. RM hepática dinámica. LOEH de 25mm en segmento VIII con comportamiento vascular típico de CHC (A: hipercaptación en fase arterial; B: lavado en fase tardía)

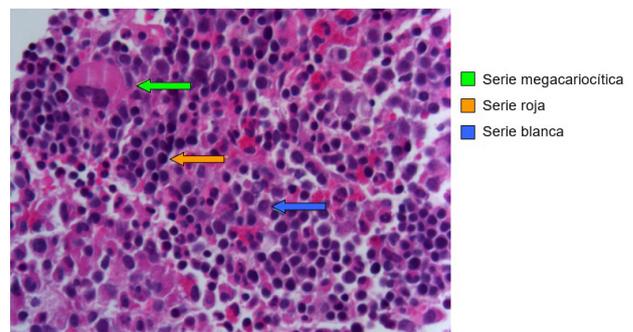


Figura 3. Corte histológico LOEH segmento VIII. Tinción H.E. x40.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de CHC se suele realizar mediante técnicas de imagen en pacientes con cirrosis. Sin embargo, en no cirróticos su comportamiento vascular característico tras administración de contraste tiene menor especificidad.

La HEM hepática, puede producirse en diversas enfermedades hematológicas como la beta talasemia. Habitualmente ocurre una afectación difusa, siendo la forma nodular muy infrecuente^{4,5,6}. La ecografía y TC muestran generalmente lesiones bien delimitadas, heterogéneas, hipoeoicas o hipodensas respectivamente. La RMN describe lesiones bien definidas, generalmente isointensas o hipointensas en T1 y T2, con potenciación mínima o nula tras gadolinio intravenoso. Su comportamiento hipervascular, con lavado tardío es excepcional^{7,8}. Sin embargo, aunque la HEM pueda considerarse en el contexto adecuado en el diagnóstico diferencial de LOEH hipervasculares, se precisa la histología para su diagnóstico.

CONCLUSIONES

Las pruebas de imagen dinámicas para el diagnóstico de CHC son inespecíficas en pacientes no cirróticos. La HEM debería considerarse en el diagnóstico diferencial de LOEH bajo un contexto clínico adecua-

do. Para el diagnóstico definitivo se requiere punción biopsia hepática ecodirigida siendo una técnica segura, útil y rentable para diferenciación de LOEH.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arslanoglu A, Seyal AR, Sodagari F, et al. Current Guidelines for the Diagnosis and Management of Hepatocellular Carcinoma: A Comparative Review. *Am J Roentgenol* 2016; 207: 88-98.
2. Heimbach JK, Kulik LM, Finn RS, et al. AASLD Guidelines for the Treatment of Hepatocellular Carcinoma. *Hepatology* 2018; 67: 359-80.
3. Chang K. Homeostatic and pathogenic extramedullary hematopoiesis. *J Blood Med* 2010; 1:13-19
4. Priola AM, Gned D, Boccuzzi F, et al. Unusual focal intrahepatic extramedullary haematopoiesis in alpha-thalassaemia. *Liver International* 2012; 32: 771.
5. Dharamraj S, Kenneth K, Theodore L, et al. Extra-medullary haematopoiesis: A pictorial review of its typical and atypical locations. *J Med Imaging Radiat Oncol* 2012; 56: 538-44. 54
6. Wong Y, Chen F, Tai KS, et al. Imaging features of focal intrahepatic extramedullary Haematopoiesis. *Brit J Radiol* 1999; 72: 906-910.
7. Gupta P, Naran A, Auh YH, et al. Focal intrahepatic extramedullary hematopoiesis presenting as fatty lesions. *Am J Roentgenol* 2004; 182: 1031-2.
8. Jelali MA, Luciani A, et al. MRI features of intrahepatic extramedullary haematopoiesis in sickle cell anaemia. *Cancer Imaging* 2006; 6:182-85.