

CASOS CLÍNICOS

Coristoma hepático en la pared de la vesícula biliar* Hepatic choristoma in the gallbladder wall. Report of one case

Drs. MARCELO A. BELTRÁN¹, CARLOS BARRÍA², JORGE ALMONACID¹, E.U. KARINA S. CRUCES¹

¹Servicio de Cirugía. Hospital de Ovalle, Chile. ²Histomed, Anatomía Patológica, La Serena, Chile

RESUMEN

El tejido hepático heterotópico es una condición poco común que se identifica con mayor frecuencia durante la exploración quirúrgica del abdomen por otras indicaciones. Describimos un caso de tejido hepático heterotópico localizado en la pared externa de la vesícula biliar de un paciente masculino de 47 años de edad, en el cual se realizó una colecistectomía laparoscópica por colelitiasis sintomática. El reporte histopatológico informa de cambios crónicos en la pared vesicular y leve infiltrado linfocitario difuso en el corion de la mucosa y muscularis mucosae sin compromiso inflamatorio o infiltración por otros tejidos. El nódulo hepático compromete solo la serosa y mide 12 x 8 x 6 mm, la arquitectura es típica del parénquima hepático con su arquitectura lobulillar conservada y leve hiperemia centrolobulillar difusa. Aún cuando el coristoma hepático de nuestro paciente constituye un hallazgo inesperado, es importante destacar las implicaciones patológicas de este tejido y el potencial de malignidad asociado al mismo.

PALABRAS CLAVE: **Coristoma hepático, heterotopia, ectopia, vesícula biliar.**

SUMMARY

Heterotopic liver tissue (hepatic choristoma) is an uncommon condition frequently identified during the surgical exploration of the abdominal cavity for other causes. We report a 47-years-old man operated on for symptomatic cholelithiasis. At laparoscopy we found a small hepatic nodule over the serosal surface of the gallbladder. The pathological report informed chronic changes of the gallbladder wall with mild diffuse mucosal and muscularis mucosae lymphocytic infiltrates, without inflammatory changes or infiltration from other tissues. The hepatic nodule only infiltrated the serosa and measured 12 x 8 x 6 mm. Its lobulillar architecture was preserved and there was only mild diffuse hyperemia. Even though the choristoma of our patient constitutes an incidental finding, we believe that it is important to highlight the pathological implications of this tissue and the malignant potential associated.

KEY WORDS: **Choristoma, hamartoma, gallbladder.**

INTRODUCCIÓN

Se denomina coristoma a la presencia de una masa de tejido histológicamente normal en una lo-

calización anormal¹, términos como heterotopia o ectopia son sinónimos de coristoma y actualmente son utilizados con mayor frecuencia. El tejido hepático heterotópico es una condición poco común que

*Recibido el 3 de Septiembre de 2006 y aceptado para publicación el 3 de Octubre de 2006.

Correspondencia: Dr. Marcelo A. Beltrán

Plazuela Baquedano 240. Ovalle, Chile

Casilla 308

e-mail: beltran_01@yahoo.com

se identifica con mayor frecuencia durante la exploración quirúrgica del abdomen por otras indicaciones². Los coristomas hepáticos se han encontrado por sobre y por debajo del diafragma, el coristoma hepático asociado a la vesícula biliar es la localización intraabdominal más frecuente^{3,4} y aún siendo la más frecuente se han descrito solo 21 casos en la literatura internacional. Algunos autores han descrito este coristoma como una curiosidad que no requiere tratamiento quirúrgico⁵, sin embargo se ha demostrado que el tejido hepático heterotópico es muy propenso al desarrollo de hepatocarcinoma⁶⁻⁸ y por lo tanto su tratamiento debe ser quirúrgico cuando es diagnosticado. Describimos un caso de tejido hepático heterotópico localizado en la pared de la vesícula biliar de un paciente masculino en el cual se realizó una colecistectomía laparoscópica por coledocistitis sintomática.

Reporte de caso

Paciente masculino de 47 años de edad sin antecedentes patológicos importantes, es sometido a colecistectomía laparoscópica electiva con el diagnóstico de colecistitis crónica litiásica sintomática diagnosticada por clínica y por ecografía abdominal. A la laparoscopia se observa una masa violácea de aproximadamente 2 cm x 1 cm, adherida a la serosa del cuerpo de la vesícula biliar (Figura 1) sin compromiso de la pared vesicular (Figura 2). Se realiza la colecistectomía sin incidentes extrayendo la vesícula en una bolsa, el paciente permanece hospitalizado por menos de 24 h y es dado de alta en buenas condiciones, en el último control postoperatorio (6 meses) se encuentra asintomático. El reporte histopatológico informa de cambios crónicos en la pared vesicular y leve infiltrado linfocitario difuso en el corion de la mucosa y muscularis mucosae sin compromiso inflamatorio o infiltración por otros tejidos. El nódulo hepático compromete solo la serosa (Figura 3) y mide 12 x 8 x 6 mm, la arquitectura es típica del parénquima

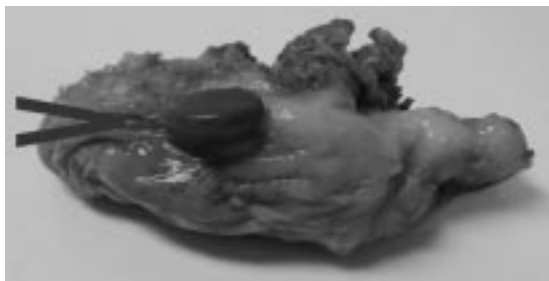


Figura 1. Coristoma hepático de aproximadamente 12 x 8 x 6 mm sobre la serosa del cuerpo de la vesícula biliar (Flecha abierta).

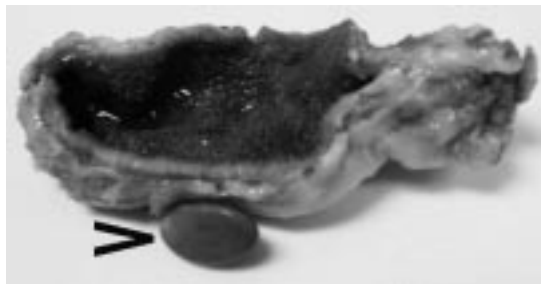


Figura 2. Vesícula biliar abierta, en su pared se observa el coristoma hepático que no compromete la mucosa (Flecha abierta).

hepático y la arquitectura lobulillar se encuentra conservada, además se identifica leve hiperemia centrolobulillar difusa (Figura 4).

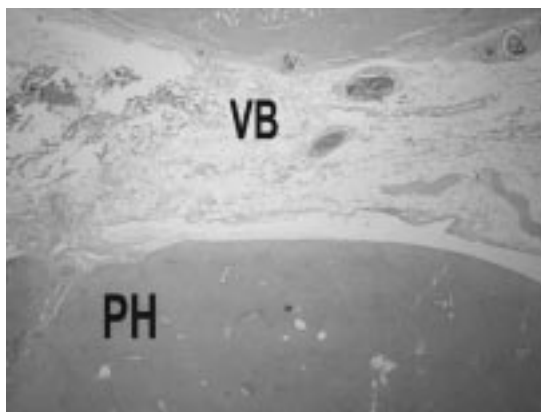


Figura 3. Tejido hepático heterotópico que infiltra solo parcialmente la serosa de la vesícula biliar en su pared libre, el parénquima hepático (PH) conserva su arquitectura normal y la vesícula biliar (VB) presenta signos inflamatorios crónicos (Hematoxilina y Eosina 10x).



Figura 4. Hiperemia lobulillar difusa en tejido hepático heterotópico (Hematoxilina y Eosina 4x).

DISCUSIÓN

Las anomalías anatómicas del hígado se clasifican como lóbulos hepáticos accesorios comunicados con el hígado nativo por una lengua de tejido hepático normal y tejido hepático heterotópico o coristoma hepático sin conexiones vasculares, biliares o parenquimatosas con el hígado nativo^{2,6}, el coristoma hepático es la menos común de ambas anomalías. Como consecuencia su significado clínico ha sido recientemente establecido recomendándose su tratamiento quirúrgico por el alto riesgo de desarrollo de hepatocarcinoma observado en distintas series clínicas⁶⁻⁸. Sin embargo, el diagnóstico de esta heterotopia no es simple. De 21 casos publicados solo en 2 oportunidades se ha establecido el diagnóstico preoperatorio mediante ecografía abdominal en un caso² y tomografía abdominal computarizada (TAC) en el otro⁴, en ningún caso se estableció la imagen observada en la ecografía o en el TAC como tejido hepático sino como una tumoración inespecífica. En el caso de nuestro paciente la ecografía abdominal no identifica ninguna tumoración u otra anomalía en la pared de la vesícula biliar y el coristoma hepático encontrado en la pared vesicular fue un hallazgo incidental como habitualmente se reporta⁹⁻¹².

La causa del tejido hepático heterotópico es la migración aberrante del hígado durante el desarrollo embrionario¹³ esta teoría explica las localizaciones más comunes de este coristoma. Los coristomas hepáticos se han encontrado cerca del hígado en el ligamento falciforme, vesícula biliar, diafragma, tórax, glándulas suprarrenales, páncreas, píloro, omento mayor, bazo, esófago, cordón y cicatriz umbilical, retroperitoneo y pericardio, de estas localizaciones la más frecuente es la vesícula biliar^{2,6,12-15}. Cuando se localiza en la vesícula biliar con mayor frecuencia se lo ha encontrado en la superficie serosa externa como en nuestro caso, otras localizaciones menos frecuentes son la intramuscular y la subserosa⁹. Los hallazgos histopatológicos en casos de heterotopia hepática incluyen parénquima normal, infiltración grasa, cirrosis y hepatocarcinoma^{2,6-8}, se ha reportado que habitualmente existen las mismas características o cambios histopatológicos en el hígado ectópico y el hígado nativo como la coexistencia de cirrosis¹⁰, así también se ha reportado la mayor susceptibilidad del tejido heterotópico hacia la carcinogenesis debido a alteraciones metabólicas asociadas a la falta de drenaje venoso y biliar normal^{2,6,7}. Actualmente existen 25 casos reportados e histopatológicamente confirmados de hepatocarcinoma que se desarrolló en un hígado heterotópico con el hígado

nativo normal, en la mayoría de estos casos ambos hígados presentaban cambios degenerativos por cirrosis⁶. Sobre la base de estos reportes y otros estudios más específicos⁸ actualmente se acepta el mayor riesgo que tiene el tejido hepático heterotópico para el desarrollo de adenocarcinoma y apoyan el concepto de la cirugía curativa con la resección del tejido ectópico y el órgano afectado, en nuestro caso la vesícula biliar.

En algunos casos en los que la indicación de la cirugía fue una colecistitis aguda, los hallazgos histopatológicos en el hígado ectópico fueron colangitis y congestión secundarios al proceso inflamatorio vesicular⁵. En nuestro paciente se observó solo una leve hiperemia centrolobulillar posiblemente secundaria al trauma quirúrgico, todas las estructuras hepáticas en el coristoma se encontraron conservadas y sin otras alteraciones. Aún cuando el coristoma hepático de nuestro paciente constituye un hallazgo inesperado, es importante destacar las implicaciones patológicas de este tejido y el potencial de malignidad asociado al mismo.

REFERENCIAS

1. Dorland's Pocket Medical Dictionary. 25th Edition, Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1995; 167.
2. Lundy J, Johnson E, Edwards K, Rivera D. Laparoscopic management of gallbladder-associated ectopic liver. *J Soc Laparoendosc Surg* 2005; 9: 485-487.
3. Sato S, Watanabe M, Nagasawa S, Niigaki I, Sakai S, Akagi S. Laparoscopic observations of congenital anomalies of the liver. *Gastrointest Endosc* 1998; 47: 136-140.
4. Hamdani S, Baron R. Ectopic liver simulating a mass in the gallbladder wall: Imaging findings. *Am J Roentgenol* 1994; 162: 647-648.
5. Castro-Viera GA, Sanuy ME, Camara HA, Cordoba OC. Accessory liver in gallbladder: A propos of a case report. *Rev Esp Enferm Dig* 1990; 77: 295-296.
6. Arakawa M, Kimura Y, Sakata K, Kubo Y, Fukushima T, Okuda K. Propensity of ectopic liver to hepatocarcinogenesis: Case reports and a review of the literature. *Hepatology* 1999; 29: 57-61.
7. Caygill CP, Gatenby PA. Ectopic liver and hepatocarcinogenesis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004; 16: 727-729.
8. Leone N, De Paolis P, Carrera M, Carucci P, Musso A, David E, *et al.* Ectopic liver and hepatocarcinogenesis: report of three cases with four year's follow-up. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004; 16: 731-735.
9. Natori T, Hawkin S, Aizawa M, Asai T, Kameda Y, Ikuyohashi K. Intra-cholecystic ectopic liver. *Acta Pathol Jpn* 1986; 36: 1213-1216.
10. Watanabe M, Matsura T, Takatori Y, Ueki K, Koba-

- take T, Hidaka M, *et al.* Five cases of ectopic liver and a case of accessory lobe of the liver. *Endoscopy* 1989; 21: 39-42.
11. Tejada E, Danielson C. Ectopic or heterotopic liver (choristoma) associated with the gallbladder. *Arch Pathol Lab Med* 1989; 113: 950-952.
 12. Sakarya A, Erhan Y, Aydede H, Kara E, Ilkgul O, Ciftdogan C. Ectopic liver (choristoma) associated with the gallbladder encountered during laparoscopic cholecystectomy: A case report. *Surg Endosc* 2002; 16: 1106.
 13. Fraser CG. Accessory lobes of the liver. *Arch Surg* 1956; 73: 204-206.
 14. Kinnunen P, Kumala P, Kaartenaho-Wiik R. Ectopic liver in the human pericardium. *Histopathology* 1997; 30: 277-279.
 15. Iber T, Rintala R. Intrapulmonary ectopic liver. *J Pediatr Surg* 1999; 34: 1425-1426.