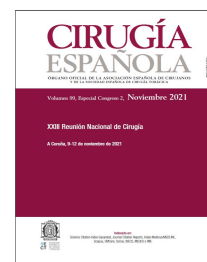




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-309 - SEGMENTO VIII HEPÁTICO INTRATORÁCICO. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Hinojosa Arco, Luis Carlos; Roldán de la Rúa, Jorge; Ávila García, Natalia Soledad; Buendía Peña, Emilio Antonio; de Luna Díaz, Resi; Suárez Muñoz, Miguel Ángel

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: Las anomalías de posición de tejido hepático presentan escasa prevalencia y su diagnóstico suele realizarse de forma incidental. La mayoría de las veces se aprecian en la cavidad abdominal próximas al hígado ortotópico, siendo su localización supradiafragmática extremadamente rara. Aunque se admite su etiología adquirida, sobre todo en pacientes con antecedentes traumáticos o quirúrgicos, la mayoría de los casos presentan origen congénito, asociados a defectos en el desarrollo del *septum transversum*.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente de 21 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por episodios de presión torácica leve durante la actividad física. Se realiza estudio diagnóstico, destacando en la radiografía de tórax el hallazgo de una masa mediastínica. En TC toraco-abdominal con contraste se aprecia una masa a nivel de mediastino inferior derecho compatible con tejido hepático accesorio que depende del segmento VIII y un defecto diafragmático del espacio paraesternal derecho. Dada la clínica del paciente y los hallazgos descritos se decidió intervención mediante abordaje laparoscópico. Se realizó reducción del lóbulo hepático accesorio a la cavidad abdominal. Para ello fue necesario seccionar adherencias laxas del hígado heterotópico al diafragma. Tras ello, se objetivó el defecto diafragmático, que presentaba unas dimensiones de 50 × 33 mm. Para su reparación se utilizó una malla de polipropileno monofilamento con barrera hidrogel absorbible. El posoperatorio transcurrió sin incidencias siendo dado de alta a las 24 horas de la intervención.

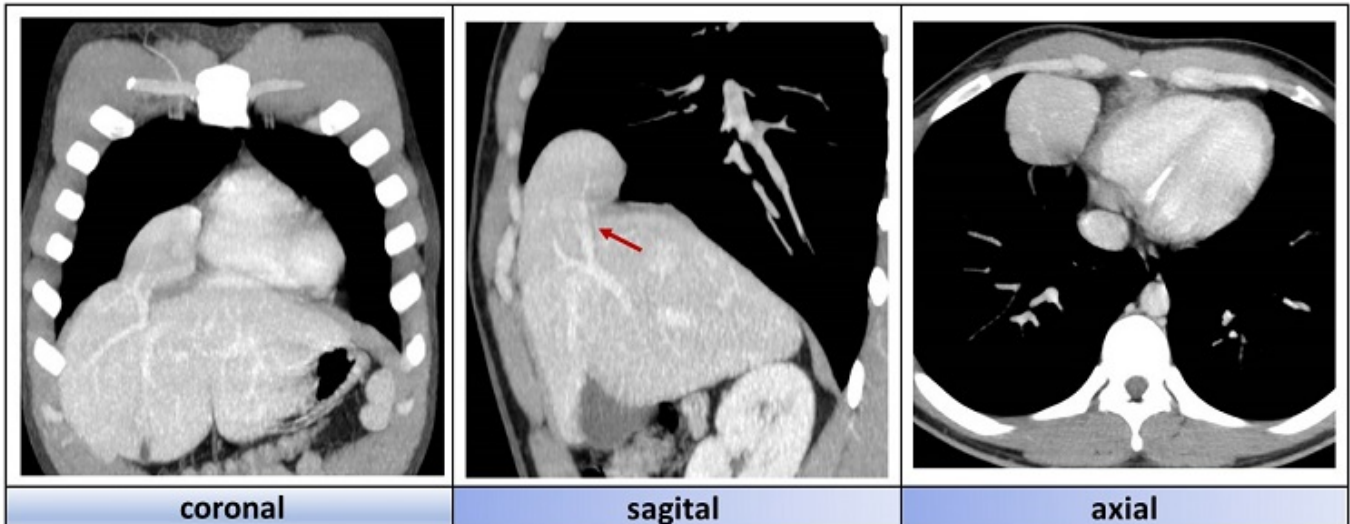


Figura 1. Imágenes de tomografía con contraste intravenoso en los distintos planos de corte en las que apreciamos lóbulo hepático accesorio intratorácico que depende del segmento VIII. Se aprecia pedículo vascular propio (flecha)

Discusión: Atendiendo a la terminología, se reconoce como lóbulo hepático accesorio a aquel que se encuentra unido al hígado mediante al menos un pedículo vascular. Por otro lado, se denomina hígado ectópico a aquel que se encuentra separado del hígado principal sin ninguna conexión con el mismo. Aunque la mayoría de las veces no presenta repercusión clínica, puede desarrollar las mismas patologías que el hígado abdominal. Incluso se sugiere una mayor susceptibilidad a la aparición de hepatopatía crónica y hepatocarcinoma. Puede mimetizar cualquier lesión ocupante de espacio a este nivel, como tumores o quistes hidatídicos. Acerca del tratamiento, dados los escasos antecedentes es difícil determinar un protocolo de actuación, por lo que se debe individualizar en cada caso. La mayoría de los autores recomiendan resección quirúrgica para prevenir complicaciones como isquemia o degeneración maligna. Aunque la mayoría de los casos de la literatura han sido tratados por vía torácica, nosotros optamos por abordaje laparoscópico debido a que el defecto a tratar afectaba a un segmento hepático fácilmente accesible. De igual forma, está descrita la vigilancia sin tratamiento con buena evolución clínica. Aunque en un primer momento será necesaria la realización de una prueba de imagen más potente como angioTC o angioRM, el seguimiento puede realizarse mediante ecografía de forma segura. En conclusión, consideramos fundamental integrar la presencia de tejido hepático accesorio dentro del diagnóstico diferencial de las lesiones supradiaphragmáticas para realizar un enfoque terapéutico correcto. La decisión sobre realizar seguimiento o intervención quirúrgica, con o sin resección hepática, debe individualizarse en función de la anatomía, la clínica, el riesgo quirúrgico y la probabilidad de desarrollar complicaciones.