

Lesión focal benigna en la cirrosis

Enrique Girela Baena, Juan Antonio López Corbalán y M.^a Dolores Morales Cano*

Hospital General Universitario «Morales Meseguer». *Hospital General «Virgen de la Arrixaca». Murcia. egirela@hotmail.com

La distorsión del parénquima por la fibrosis y los nódulos de regeneración, que definen la cirrosis, puede dificultar la detección del carcinoma hepatocelular (CHC) o incluso simularlo¹.

La TC y la RM dinámicas con contraste son los métodos no invasivos que han demostrado mayor valor para diferenciar el CHC de las lesiones benignas incidentales o propias de la cirrosis¹⁻⁵.

En este contexto, el hallazgo de hipercaptación en fase arterial en un nódulo se ha considerado típico del CHC. Pero aproximadamente un tercio de los diagnósticos falsos positivos en programas de detección precoz son por lesiones hipervasculares¹. Un hallazgo problemático y relativamente frecuente son las lesiones de tamaño <2 cm, sólo visibles en la fase arterial (SVFA) en TC o RM (figura 1). Las diversas causas descritas son: *shunt* arterioportal no tumoral, nódulo displásico atípico, hemangioma atípico, fibrosis focal (figura 2)⁶, HNF y drenaje venoso aberrante. Un 10-30% de las SVFA en TC o RM (figura 1). Las diversas causas descritas son: *shunt* arterioportal no tumoral, nódulo displásico atípico, hemangioma atípico, fibrosis focal (figura 2)⁶, HNF y drenaje venoso aberrante. Un 10-30% de las SVFA son CHC, por lo que es aconsejable realizar un seguimiento con TC o RM cada 6 meses para las menores de 1 cm y cada 3 meses para las de 1-2 cm si la biopsia no es posible³.

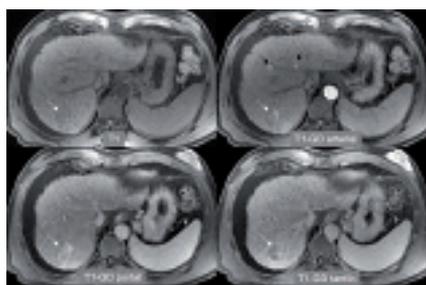


Figura 1. Pequeños realces sólo visibles en fase arterial. Estudio dinámico de RM (T1-EG con saturación grasa) en paciente con cirrosis avanzada y CHC en el segmento 7 (flecha blanca). Junto a la vena suprahepática media se aprecian 2 pequeños focos de realce en fase arterial (flechas negras), indetectables en el resto de las secuencias, incluyendo el T2 (no se muestra). El diagnóstico diferencial se plantea entre el *shunt* arterioportal espontáneo, el nódulo displásico atípico o el CHC pequeño. En controles posteriores tras la RF del CHC las lesiones desaparecieron, y el diagnóstico más probable es el *shunt* arterioportal

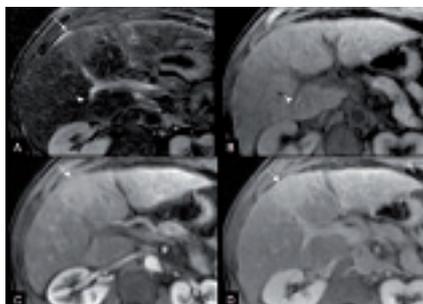


Figura 2. Fibrosis confluyente seudonodular (fecha). Área de hiperintensidad en T2-FSE de márgenes internos mal definidos en el segmento IV (A), no visible en T1-EG (B). Tras la administración de gadolinio se realza de forma leve en fase arterial (C) y más intensamente en fase tardía (D). Se asocia con una leve retracción capsular. Este patrón es típico de esta entidad. A veces puede presentar captación arterial más intensa simulando un CHC. Permaneció estable en controles evolutivos. Pequeño nódulo siderótico típico (cabeza de flecha), muy hipointenso en T2 y T1

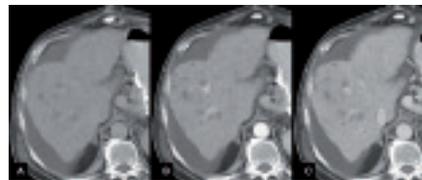


Figura 3. Nódulos de regeneración infartados. TC simple (A) y tras contraste i.v. en fase arterial (B) y portal (C). Paciente con episodio reciente de *shock* hemorrágico por sangrado varicoso. Presenta múltiples lesiones nodulares hipodensas, mejor definidas en la fase portal. El antecedente clínico, junto al hecho de que no estaban presentes 1 mes antes en una TC, permite realizar el diagnóstico de nódulos necróticos. En ocasiones pueden tener un realce parcial variable que simula un CHC infiltrante. En secuencias potenciadas en T2 son hiperintensos

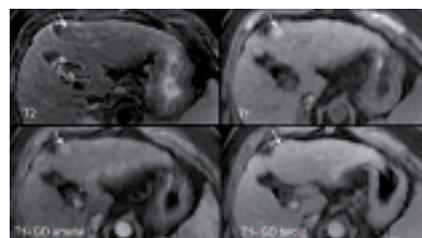


Figura 4. Nódulo displásico típico en resonancia magnética (flechas). Nódulo de 12 mm homogéneamente hiperintenso en T1, hipointenso en T2, que no se realza en la fase arterial, es isointenso en el resto de las fases y no tiene cápsula. Este comportamiento se ha considerado propio del nódulo displásico, pero en un estudio de correlación con explantes se encontró más frecuentemente en nódulos de regeneración⁸. Los raros nódulos displásicos que se realzan en la fase arterial suelen ser de alto grado e indiferenciables del CHC

Entre las lesiones hipovasculares que pueden simular CHC en la TC o la RM están los quistes que no presentan unos valores de atenuación característicos en la TC, los hemangiomas hialinizados, los macronódulos de regeneración y los nódulos de regeneración infartados (figura 3)⁷. Es importante conocer las claves diagnósticas y los rasgos atípicos de las lesiones benignas para evitar falsos positivos de CHC que distorsionen el manejo terapéutico del paciente con cirrosis hepática.

Bibliografía

1. Brancatelli G, Baron RL, Peterson MS, Marsh W. Helical CT screening for hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis: frequency and causes of false-positive interpretation. *AJR*. 2003;180:1007-14.
2. Baron RL, Peterson MS. From the RSNA refresher courses: screening the cirrhotic liver for hepatocellular carcinoma with CT and MR imaging: opportunities and pitfalls. *Radiographics*. 2001;21:117S-32S.
3. Taouli B, Krinsky GA. Diagnostic imaging of hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis before liver transplantation. *Liver Transpl*. 2006;12 Suppl 2:1-7.
4. Burrel M, Llovet JM, Ayuso C, Iglesias C, Sala M, Miquel R, et al.; Barcelona Clinic Liver Cancer Group. MRI angiography is superior to helical CT for detection of HCC prior to liver transplantation: an explant correlation. *Hepatology*. 2003;38:1034-42.
5. Krinsky GA, Lee VS, Theise ND, Weinreb JC, Rofsky NM, Diflo T, et al. Hepatocellular carcinoma and dysplastic nodules in patients with cirrhosis: prospective diagnosis with MR imaging and explantation correlation. *Radiology*. 2001;219:445-54.
6. Ohtomo K, Baron RL, Dodd GD 3rd, Federle MP, Ohtomo Y, Confer SR. Confluent hepatic fibrosis in advanced cirrhosis: evaluation with MR imaging. *Radiology*. 1993;189:871-4.
7. Kim T, Baron RL, Nalesnik MA. Infarcted regenerative nodules in cirrhosis: CT and MR imaging findings with pathologic correlation. *AJR*. 2000;175:1121-5.