



PRESENTACIÓN DE CASOS

Hemangioma Hepático Gigante. A propósito de un caso

Giant liver hemangioma. About a case

Mercedes de la Caridad Rodríguez Moreu ¹, <https://orcid.org/0009-0007-6750-2522>

Frank Abel Chaviano Alfonso ¹, <https://orcid.org/0009-0001-4362-3828>

Sandra María Rodríguez García ², <http://orcid.org/0000-0002-3282-0420>

Yasmany Salazar Rodríguez ^{3*}, <https://orcid.org/0009-0002-0581-847X>

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas Dr. "Juan Guiteras Gener". Matanzas, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico-Docente "Faustino Pérez". Matanzas, Cuba.

³ Universidad de Ciencias Médicas de las Fuerzas Armadas Revolucionarias. Hospital Militar Dr. Mario Muñoz Monroy "Orden Carlos Juan Finlay". Matanzas, Cuba.

***Autor para correspondencia:** yasmanyailen@gmail.com

Recibido: 11/12/2024

Aceptado: 18/03/2025

Cómo citar este artículo: Rodríguez-Moreu MdIC, Chaviano-Alfonso FA, Rodríguez-García SM, Salazar-Rodríguez Y. Hemangioma Hepático Gigante. A propósito de un caso. MedEst. [Internet]. 2025 [citado acceso fecha]; 5:e314. Disponible en: <https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/314>



RESUMEN

Introducción: el hemangioma hepático gigante suele ser menos frecuente que los que miden menos de 5 cm, los hemangiomas gigantes pueden causar síntomas y presentar mayor riesgo de complicaciones, como la ruptura traumática, por lo que su manejo puede ser complejo ya que actualmente no existe consenso para su tratamiento.

Objetivo: describir el caso de una paciente con hemangioma gigante con forma de presentación de dolor epigástrico intenso e incapacitante.

Presentación de caso: paciente femenina, de 55 años de edad, que consultó por presentar dolor en epigastrio asociado a vómitos tras la ingestión de alimentos, coluria y dificultad para defecar. En los estudios imagenológicos realizados se constató un tumor en lóbulo hepático izquierdo compatible con hemangioma gigante, que desplazaba hacia atrás cabeza y cuerpo del páncreas.

Conclusiones: los tumores benignos vasculares de hígado son de curso poco agresivo, de muy lento crecimiento y en su mayoría asintomáticos. Sin embargo, los hemangiomas hepáticos gigantes y extremadamente gigantes pueden llegar a generar síntomas, los cuales varían desde dolor difuso, leve e inespecífico, hasta coagulopatía de consumo

Palabras clave: Dolor abdominal; Hemangioma hepático; Tumor abdominal

ABSTRACT

Introduction: Giant hepatic hemangiomas are usually less common than those measuring less than 5 cm. Giant hemangiomas can cause symptoms and present a higher risk of complications, such as traumatic rupture, so their management can be complex as there is currently no consensus on their treatment.

Objective: To describe the case of a patient with a giant hemangioma with a presentation of intense and disabling epigastric pain.

Case presentation: A 55-year-old female patient presented with epigastric pain associated with vomiting after eating, dark urine, and difficulty defecating. Imaging studies revealed a tumor in the left hepatic lobe



consistent with a giant hemangioma, which displaced the head and body of the pancreas posteriorly.

Conclusions: Benign vascular liver tumors are mildly aggressive, very slow-growing, and mostly asymptomatic. However, giant and extremely giant hepatic hemangiomas can cause symptoms, ranging from diffuse, mild, and nonspecific pain to consumptive coagulopathy.

Keywords: Abdominal pain; Hepatic hemangioma; Abdominal tumor

INTRODUCCIÓN

El hemangioma hepático (HH) también llamado hemangioma cavernoso debido al espacio vascular cavernoso visto histológicamente es de los tumores mesenquimales benignos más comunes dentro de los tumores hepáticos. ⁽¹⁾ Los hemangiomas son a menudo lesiones solitarias, pueden estar presentes en ambos lóbulos, pero son más frecuentes en el derecho. Su tamaño puede variar de unos milímetros hasta más de 20 cm. La mayoría son pequeños (< 5 cm). Los mayores de 5 cm se han llamado Hemangiomas Gigantes. ^(1,2,3)

Los HH están compuestos por canales vasculares revestidos por células endoteliales maduras, rodeados por un estroma hepático laxo con tejido conectivo. ^(3,4) Las complicaciones son poco frecuentes, incluyen el hemoperitoneo por rotura espontánea o traumática, trombosis tumoral recurrente, degeneración quística y trombosis de la cava superior por compresión. Los hemangiomas grandes (>10 cm) pueden presentar riesgos de ruptura a la cavidad peritoneal y coagulopatía de consumo. ⁽⁴⁾

La mayoría no causan síntomas y se detectan accidentalmente en estudios de imagen. ^(2,3,4) Sin embargo, los hemangiomas grandes pueden comprimir órganos cercanos y causar dolor, fiebre o disfunción. El diagnóstico más preciso se realiza con resonancia magnética, aunque la ecografía o la tomografía computarizada dinámica también pueden ser útiles. El tratamiento quirúrgico está indicado para los hemangiomas gigantes sintomáticos, generalmente mayores de 15 cm, para evitar complicaciones. Las opciones terapéuticas incluyen resección del hemangioma, trasplante hepático en casos difusos e irresecables, o embolización arterial si la cirugía es imposible. ^(4,5)

Según lo expuesto, los autores se plantean como objetivo: describir el caso de un hemangioma gigante con forma de presentación de dolor epigástrico intenso e incapacitante.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una mujer de 55 años de edad, proveniente de una zona urbana, con antecedentes personales de histerectomía y apendicectomía, y antecedentes familiares de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. La paciente acudió a consulta médica debido a un dolor abdominal localizado en el epigastrio, de carácter intenso e incapacitante, con una intensidad de 6/10 según la escala visual analógica. Este dolor, que no se irradiaba a otras regiones, persistía desde hacía tres años y no respondía al uso de analgésicos comunes como paracetamol o dipirona. Además, el dolor se asociaba con vómitos posteriores a la ingesta de alimentos, coluria (orina oscura) y dificultad para defecar.

Destacar al examen físico:

Abdomen: asimétrico, se observa aumento de volumen a expensas de hemiabdomen derecho. Se observa cicatriz quirúrgica en fosa iliaca derecha y en hipogastrio correspondientes a apendicectomía e histerectomía. Se palpa masa en hipocondrio derecho que abarca epigastrio, mesogastrio y parte del hipocondrio izquierdo, dolorosa a la palpación.

Por todo lo anterior se decide su ingreso, durante el internamiento se le realizaron los siguientes complementarios:

Hto: 0,41 %. Eritrosedimentación: 8mm. Leucograma: (10,4x10⁹, Polimorfonucleares: 0.5, Monocitos: 0.01, Linfocitos: 0.46.) Lámina Periférica: (Hematíes normocíticos normocrómicos, plaquetas adecuadas, leucocitos adecuados con predominio de neutrófilos.). Coagulograma: (Tiempo de sangramiento: 1`, Tiempo de coagulación: 8`, Coágulo retráctil). Plaquetas: 178 x 10⁹/L. TP: C 15, P 17. Glicemia: 5.0 mmol/L. Creatinina: 82 mmol/L. Ácido úrico: 226 mmol/L. TGP: 16 U/L. TGO: 21.U/L. GGT: 39. U/L. Fosfatasa Alcalina: 238 U/L

Ultrasonido Abdominal: Hígado aumentado de tamaño a expensas del lóbulo izquierdo, imagen compleja de 120x70 mm en lóbulo izquierdo hepático de contornos irregulares. Resto de las estructuras intraabdominales sin alteraciones.

Se le realizó una TAC simple y contrastada toracoabdominal con cortes de 5 mm, sin observarse alteraciones pleuropulmonares en este estudio. Hígado en su lóbulo homogéneo a la inyección del contraste. Lóbulo izquierdo: proceso ocupativo de densidades variables, con paredes gruesas, con captación de



contraste y una hipo-densidad central que mide 152.41 x 97.47 mm. Dicha imagen desplaza hacia atrás la cabeza y cuerpo del páncreas. Páncreas homogéneo y rechazado hacia atrás como se describe anteriormente. Vesícula Biliar alitiásica, de paredes finas. Vejiga de contornos regulares, alitiásica y de paredes finas. Se concluyó con una impresión diagnóstica de Hemangioma cavernoso hepático.

Una vez realizado los estudios complementarios, analizados y discutidos por el equipo médico se decide la intervención quirúrgica de la paciente. Posterior a realizado el proceder la paciente ha presentado una evolución clínica favorable.

Conducta quirúrgica: Lobectomía izquierda hepático.

Se realiza Biopsia que informa: Hemangioma Cavernoso Hepático.

DISCUSIÓN

El tratamiento del HH depende fundamentalmente de su tamaño, el número de lesiones, la presencia o no de síntomas y la edad de aparición. En la mayoría de los estudios realizados, en el HH menor de 5 cm y libre de síntomas, la conducta quirúrgica es discutida ya que en tales pacientes se ha confirmado que muy pocos tumores son los que crecen y desarrollan complicaciones.

Por otro lado, se ha informado el crecimiento rápido de algunos hemangiomas, sobre todo en las lesiones > 5 cm, particularmente aquellos que tienen una situación subcapsular.

Algunos estudios reportan que ^(2,3,5), independientemente del tamaño y la ausencia de síntomas, existe un riesgo de sangrado demasiado bajo para justificar la resección profiláctica. Es importante que se hayan evaluado y excluido todas las otras causas de dolor antes de la cirugía ya que en algunos estudios se han informado que 25 % de los pacientes tenían persistencia de síntomas después de la resección quirúrgica. ⁽⁶⁾

Se interviene quirúrgicamente el 2 % de los HH diagnosticados, las indicaciones más frecuentes para la cirugía son el desarrollo de complicaciones como la ruptura y el sangrado intraperitoneal que tienen una mortalidad de 20 % en los hemangiomas grandes. Se practica la resección, la enucleación, la ligadura de la arteria hepática o el trasplante hepático. ⁽¹⁾

La mortalidad por la resección quirúrgica es despreciable en los centros especializados en patologías hepatobiliares. Sin embargo, algunas técnicas ocasionan pérdida importante de sangre y llegan a requerir transfusiones. Otros autores defienden las técnicas no quirúrgicas, aunque su empleo está limitado en el caso de los hemangiomas gigantes, dentro de estas se incluyen la embolización de la arteria hepática, la radioterapia y el interferón alfa-2a. (7)

La combinación de quimioembolización y resección quirúrgica se usa poco actualmente, su uso se encuentra limitado a los HH gigantes, con elevado riesgo de sangrado sobre todo en pacientes con discrasias sanguíneas. La embolización arterial por sí sola se ha usado para controlar sangrado agudo y síntomas en grandes hemangiomas, pero puede complicarse por la formación de absceso y no hay ninguna evidencia de eficacia a largo plazo. La utilización combinada de quimioembolización de la arteria hepática y la posterior resección quirúrgica, continúan siendo la terapéutica válida en pacientes con HH gigante cuya localización sea accesible, como el caso en cuestión. (6,7)

El caso presentado contribuye a la discusión sobre el manejo de los hemangiomas hepáticos gigantes, un tema que aún carece de consenso en la literatura médica. Puede servir como base para futuros estudios que comparen diferentes abordajes terapéuticos (quirúrgicos vs. no quirúrgicos). Refuerza la importancia de monitorear y tratar los hemangiomas gigantes debido a su potencial para causar complicaciones graves, como ruptura o coagulopatía de consumo, lo que puede ser de interés para investigadores que estudian las complicaciones de los tumores hepáticos.

CONCLUSIONES

Los tumores benignos vasculares hepáticos suelen tener un curso poco agresivo, con crecimiento lento y, en la mayoría de los casos, son asintomáticos. Sin embargo, los hemangiomas hepáticos gigantes y extremadamente gigantes pueden llegar a generar síntomas, los cuales varían desde dolor difuso, leve e inespecífico, hasta coagulopatía de consumo. En este caso, el manejo quirúrgico del HH gigante fue exitoso, sin intervención por radiología intervencionista en el preoperatorio, mostrando que es una alternativa segura en manos expertas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González González AM, Palacios Morejón I, González Villalonga JA. Hemangiomas hepáticos: diagnóstico y manejo. Rev. Cub de Cirugía [Internet]. 2021 [citado 09/12/2024]; 59(1):56-62. Disponible en:



http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932021000100012

2. Barrera-Lozano L M, Ramírez JAR, Muñoz C L, Cerquera-Cajamarca S & Gutiérrez-Montoya JI. Manejo quirúrgico de hemangiomas hepáticos gigantes. Revista Colombiana de Cirugía. 2024 [citado 09/12/2024]; doi: <https://doi.org/10.30944/issn.2011-7582>

3. Gallardo Gómez F, Hernández Cruz RG, Miranda Araujo O, Rodríguez Bosch MR. Hemangioma hepático gigante en una mujer embarazada. Reporte de caso. Ginecol. obstet. Méx. [Internet]. 2021 [citado 09/12/2024]; 89(3): 262-266. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412021000300010&lng=es

4. Ramos Batista A. Hemangioma Hepático Gigante. Presentación de un caso clínico. En Convención Científica HHA 2023. [Internet] 2023. [citado 09/12/2024]. Disponible en: <https://convencionhha.sld.cu/index.php/convencionhha2023/2023/paper/view/945>

5. Valdés Mas M, Ortiz Sánchez M L, Rodrigo Agudo J. L, Miras López M, Pons Miñano JA, Carballo Álvarez F. Hemangioma hepático gigante asociado a síndrome de Kasabach-Merrit. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2008 [citado 09/12/2024]; 100(8):511-513. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082008000800012&lng=es

6. Kacała A, Dorochowicz M, Matus I, Puła M, Korbecki A, Sobański M, et al. Hepatic Hemangioma: Review of Imaging and Therapeutic Strategies. Medicina (Kaunas). [Internet]. 2024 [citado 09/12/2024]; 8;60(3):449. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10972168/>

7. Benavides C, García C, Rubilar P, Covacevich S, Perales C, Ricarte F, et al. Hemangiomas hepáticos. Rev Chil Cir [Internet]. 2006 [citado 09/12/2024]; 58(3):194-198. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262006000300006&lng=es

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Los artículos de la Revista MedEst se comparten bajo los términos de la [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

Email: revmedest.mtz@infomed.sld.cu Sitio Web: www.revmedest.sld.cu



MCRM: conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, visualización, redacción- borrador original, redacción - revisión y edición.

FACA: conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, redacción- borrador original, redacción - revisión y edición.

SMRG: conceptualización, análisis formal, visualización, redacción- borrador original, redacción - revisión y edición.

YSR: conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, visualización, redacción- borrador original, redacción - revisión y edición.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores no declaran conflictos de interés.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del presente artículo.

