

TÍTULO

PSEUDOTUMOR INFLAMATÓRIO HEPÁTICO EM DOENTES COM COLANGITE PIOGÉNICA RECORRENTE: TC - CORRELAÇÃO HISTOPATOLÓGICA.

AUTORES: F Kwon-Ha Yoon; et al.

INSTITUIÇÃO: Depts of Diagnostic Radiology, Diagnostic Pathology, and Internal Medicine ,University of Ulsan College of Medicine and Wonkwang U. Hospital, Seoul

REVI STA: Radiology 1999, 211 : 373-79

INTRODUÇÃO

O Pseudotumor Inflamatório hepático é uma lesão benigna caracterizada por um estroma fibroso e infiltrado inflamatório crónico, com predomínio de plasmócitos ou histiócitos e ausência de anaplasia.

Sinónimos: xantogranuloma, xantoma fibroso, granuloma de plasmócitos, histiocitoma, pseudolinfoma e plasmocitoma.

Embora tenha sido descrito em vários órgãos, até então, apenas 55 casos foram descritos no fígado, desde a sua primeira descrição por Pack e Backer em 1953. Além disso, esta entidade raramente tem sido descrita em doentes com Colangite Piogénica Recorrente (*caracterizada por cálculos pigmentares intra-hepáticos e um processo inflamatório crónico e recorrente nas paredes dos ductos biliares*) - apenas 4 casos.

A etiologia do PTI hepático permanece incerta, embora alguns investigadores tenham sugerido como factores causais processos de flebite oclusiva ou infecciosos.

Na maioria dos casos referidos na literatura são descritos como massas hipodensas com um grau de realce variável em TC. Assim , muitos investigadores têm concluído que na presença de uma massa hipodensa em TC, esta lesão deva ser incluída no diagnóstico diferencial.

Os doentes com CPR desenvolvem frequentemente abscessos hepáticos, existindo também uma forte associação com o colangiocarcinoma, tornando-se por vezes difícil o diagnóstico diferencial entre estas entidades e outras massas tumorais benignas.

O objectivo deste estudo foi correlacionar os aspectos do PTI hepático em TC, com os resultados histopatológicos, em doentes com Colangite Piogénica Recorrente.

MATERIAL E MÉTODOS

De 147 doentes com CPR submetidos a hepatectomia parcial por massa hepática ou hepatolitíase entre Junho de 92 e Dezembro de 96, foram seleccionados 10 com o diagnóstico anátomo-patológico de PTI hepático.

Todos os doentes ($M = 5$; $H = 5$; 38 – 65 anos; média 52,2 anos) eram asiáticos e apresentavam sintomas de CPR desde à 6 meses – 10 anos. Havia história de intervenções cirúrgicas prévias em 3: colecistectomia (2) e colecistectomia + coledocoenterostomia (1).

Os exames foram realizados (*Somaton Plus – S, Siemens e 9800 Quick System, da GE*) usando cortes axiais contíguos de 10 mm de espessura e intervalos de 10 mm. Foi administrado contraste oral 1 h (600 ml) antes e imediatamente (300 ml) antes da realização do exame; iopamidol foi administrado numa infusão de 100 ml (2,0 ml/seg.). A aquisição feita 60-100 seg. após início da infusão.

Os resultados foram revistos retrospectivamente por 2 radiologistas e por um terceiro, caso as interpretações iniciais não fossem concordantes. As massas hepáticas foram analisadas segundo o seu número, tamanho, localização e características morfológicas, antes e após administração de contraste. Outros aspectos relacionados com a patologia de base foram também avaliados.

Os aspectos em TC foram correlacionados com os achados histopatológicos das peças operatórias.

RESULTADOS

CLÍNICA

Em 8 doentes estavam presentes sintomas e alterações laboratoriais sugestivas de processo inflamatório activo : febre (8), dor no HD/epigastro (7), mal estar geral (3), emagrecimento (1), leucocitose (5) e alteração das provas hepáticas (6). Sintomas recentes tinham uma evolução de 10 dias - 2 meses. Os marcadores tumorais (CEA, AFP) estavam dentro dos valores normais em todos os doentes.

ACHADOS EM TC

Dos 10 doentes, 8 tinham massas hepáticas únicas e 2 lesões múltiplas (2 e 3 nódulos, respectivamente).

Dimensões: 2,0-7,0cm (média 3,5cm).

Localização: lobo esquerdo (9), lobo direito (3) e em ambos os lobos (1).

Em todos os casos, as lesões mostravam-se hipodensas e mal definidas no estudo sem contraste. Após administração de contraste 9 massas mostraram um aspecto multiseptado com realce periférico e dos septos internos. Nas restantes 4, era visível uma área central hipodensa e uma zona periférica espessa iso/hiperdensa.

A TC demonstrou também sinais de CPR: estenoses e dilatações dos ductos biliares intra-hepáticos (10), cálculos intra-hepáticos (7), cálculos no ducto hepático comum (2), pneumobilia (5) – coledocoenterostomia (1), fístula colédoco-

duodenal espontânea (4) – e atrofia segmentar do parênquima hepático (3). Um caso de colangiocarcinoma coexistia com PTI.

CORRELAÇÃO HISTOPATOLÓGICA

As peças ressecadas mostraram a existência de massas sólidas únicas ou múltiplas, com 2,0 – 7,0 cm de >Æ.

As áreas centrais hipodensas correspondiam a infiltrado inflamatório crónico com histiócitos, plasmócitos e linfócitos, enquanto as áreas iso/hiperdensas à periferia e septos internos representavam proliferação fibroblástica.

Em 6 doentes encontraram-se múltiplos abscessos com necrose com liquefacção e infiltração por neutrófilos e linfócitos. Histopatologicamente a distinção entre abscesso hepático e PTI faz-se pela presença de material purulento e de células de inflamação aguda como neutrófilos.

Nenhum dos casos mostrou sinais de flebite oclusiva.

Em todos os doentes os ductos biliares intrahepáticos estavam irregularmente dilatados e difusamente espessados, com fibrose periductal. O ducto hepático comum continha cálculos pigmentares em todos os doentes.

Apenas num caso se identificou a presença de um agente infeccioso – *Clonorchis sinensis*.

DISCUSSÃO

Estas lesões podem ser diferenciadas em 3 sub-tipos histológicos:

- Xantogranuloma: componente histiocítico proeminente
- Granuloma de plasmócitos: predomínio de plasmócitos
- Tipo esclerótico: marcado processo de fibrose

Várias combinações destes padrões podem ser vistas numa só lesão, sendo que as diferenças entre estes sub-tipos histológicos reflectem a própria dinâmica do processo inflamatório no tempo.

Os aspectos imagiológicos desta entidade têm sido descritos como não específicos. Fukuya et al descreveram o seu realce tardio em TC após contraste. Como foi demonstrado neste estudo, o abundante conteúdo de tecido fibroso à periferia e nos septos internos pode ser a causa desta característica.

Nam et al descreveram os aspectos em TC de dois casos de PTI. Num, o realce foi periférico e mal definido, enquanto noutra múltiplas áreas hipodensas/sem realce foram demonstradas dentro da massa. Na correlação histopatológicas as áreas hiperdensas após contraste correspondiam a áreas de maior concentração de tecido fibroso, enquanto as áreas hipodensas correspondiam a áreas de infiltração celular predominante, tal como foi demonstrado neste estudo.

Assim, é provável que as características morfológicas das lesões em TC possam estar relacionadas com a duração do processo patológico, a quantidade de tecido fibroso e o grau de infiltração celular.

O diagnóstico diferencial nestes casos inclui: abscesso hepático, metástases, colangiocarcinoma periférico e carcinoma hepatocelular. Nos doentes com CPR os abscessos piogénicos são uma complicação frequente. Os aspectos radiológicos assim como a clínica e as alterações laboratoriais são semelhantes aos do PTI, contudo, durante a punção-biópsia aspirativa não é possível a aspiração de material purulento. A presença de sinais de CPR pode ser útil para excluir CHC e metástases. Com base apenas nos aspectos imagiológicos pode ser difícil ou mesmo impossível diferenciar PTI de colangiocarcinoma periférico, já que este se apresenta geralmente como uma massa irregular, com zona central marcadamente hipodensa e um realce em anel fino periférico no estudo dinâmico.

Concluindo, o Pseudotumor Inflamatório hepático pode desenvolver-se com complicação em doentes com Colangite Piogénica Recorrente. Embora os seus aspectos em TC não sejam específicos, deve incluir-se no diagnóstico diferencial quando uma massa hepática hipodensa é detectada, nestes doentes. O estudo complementar com biópsia pode assim evitar uma intervenção cirúrgica desnecessária.

Olga Vaz

2002/09/19