

Hemangioma cavernoso gigante: Reporte de un caso

Vanessa Becerra , María José Carrero , Ángel Rivera , Denny Castro , Olga Silva , Simón Peraza 

Autor de Correspondencia: Vanessa Becerra Correo Electrónico: vane19_1991@hotmail.com

Afiliación

Resumen

Los hemangiomas cavernosos son tumores hepáticos benignos, que cuentan con una incidencia aproximadamente del 20%. Tienden a ser < 1 cm, estables y asintomáticos. El presente caso trata de paciente femenina de 46 años de edad, quien acude por dolor abdominal en epigastrio, asociado a saciedad precoz. Al examen físico en epigastrio, se palpa masa, bien delimitada, dolorosa, no pulsátil e inmóvil. Se realiza estudios de imagen, donde se observa en lóbulo hepático izquierdo lesión ovalada, poco definida y tras la administración de contraste endovenoso se evidencia realce periférico; dada la sintomatología y hallazgos imagenológicos es llevada a mesa operatoria y el estudio histopatológico la pieza operatoria es reportada como un hemangioma cavernoso.

Palabras clave: hemangioma cavernoso, tumor hepático, tumor benigno.

Giant cavernous hemangioma: Case report

Abstract

Cavernous hemangiomas are the most common benign liver tumors, with a reported incidence of up to 20%. These lesions are typically < 1 cm in size, stable, and asymptomatic. We present one case of a 46-year-old female patient who presented with epigastric abdominal pain associated with early satiety. Physical examination revealed a well-defined, tender, non-pulsatile, and immobile mass in the epigastrium. Imaging studies showed an oval, ill-defined lesion in the left hepatic lobe, with peripheral enhancement following intravenous contrast administration. Due to the symptomatology and imaging findings, the patient underwent surgical resection, and histopathological analysis of the specimen confirmed the diagnosis of cavernous hemangioma.

Keywords: cavernous hemangioma, liver neoplasms, benign tumor.

Introducción

Los hemangiomas cavernosos son los tumores benignos de origen mesenquimal más frecuentes del hígado.¹ A pesar de su naturaleza vascular, la mayoría de estos tumores se diagnostican de forma incidental mediante estudios de imagen de rutina, como la ecografía abdominal, la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM). Suelen cursar de manera asintomática;¹ no obstante, cuando estas lesiones superan los 4-5 cm de diámetro, pueden desarrollar manifestaciones clínicas. Los síntomas más comunes en variantes de gran tamaño incluyen: dolor abdominal, efecto de masa por compresión a estructuras adyacentes y complicaciones raras pero graves, como la ruptura espontánea o el Síndrome de Kasabach-Merritt.² El manejo terapéutico sigue siendo un tema de debate.³ Mientras que la observación es la norma para lesiones estables y asintomáticas, la intervención quirúrgica ya sea mediante enucleación o resección hepática se reserva para casos con sintomatología o complicaciones hemodinámicas.⁴

Presentación del caso

Femenina de 46 años de edad con antecedente familiar paterno de hepatocarcinoma. Refiere de 01 mes de evolución, dolor abdominal, de aparición insidiosa, localizado en epigastrio, de moderada a fuerte intensidad,

no irradiado; sin atenuantes ni exacerbantes aparentes; asociado a saciedad precoz. Al examen físico se aprecia a la palpación profunda en epigastrio masa, redondeada, bien delimitada, de aproximadamente 7 x 6 cm de diámetro, levemente dolorosa, no pulsátil y no móvil. Por ultrasonido abdominal se observa en segmento hepático II y III una imagen heterogénea, ovalada, mal definida, de 7 x 8 cm de diámetro, con área central hipoeoica, doppler negativo (**Figura 1**). Tomográficamente en la fase simple se aprecia imagen ovalada en lóbulo hepático izquierdo, segmento II y III, isodensa, poco definida y posterior a la administración de contraste endovenoso, se aprecia realce periférico, la cual cuenta con las dimensiones aproximadas de 7 x 7 x 7 cm (**Figura 2**). Dada la sintomatología y hallazgos imagenológicos es llevada a mesa operatoria, donde realizan bisecomentomía hepática + colecistectomía retrógrada + disección del pedículo (**Figura 3**); estas piezas se describen por anatomía patológica como un tumor multilobulado, con zona umbilicada en el centro, de 10 x 10 cm de diámetro con múltiples ganglios aumentados de tamaño a nivel del pedículo hepático, concluyendo entonces como hemangioma cavernoso con ganglios con hiperplasia folicular reactiva.

Cómo citar este artículo: Becerra V, Carrero MJ, Rivera A, Castro D, Silva O, Peraza S. Hemangioma cavernoso gigante: reporte de un caso. Rev Gen. 2026;80(3): 161-164. doi: 10.61155/gen.v80i3.821.

Figura 1. Ecográficamente imagen ovalada, heterogénea



Figura 2. Tomografía de abdomen y pelvis trifásica



Figura 3. Pieza quirúrgica



Discusión

Los hemangiomas cavernosos representan las neoplasias hepáticas benignas de origen mesenquimal más frecuentes, con una prevalencia que oscila entre el 1% y el 20% en la población general.^{1,7} Suelen ser lesiones únicas, de pequeño tamaño y curso asintomático, predominando en mujeres en edad media de la vida, lo que ha sugerido un posible rol de los estrógenos en su patogenia, aunque las guías actuales no contraindican de forma absoluta el uso de anticonceptivos orales.^{1,2}

Tradicionalmente, se ha considerado como hemangioma gigante aquella lesión mayor de 4-5 cm en su diámetro mayor.^{1,5,6} Sin embargo, publicaciones más recientes proponen elevar este punto de corte a los 10 cm, argumentando que las lesiones entre 5 y 10 cm raramente tienen significado clínico.² Esta distinción es relevante, pues el caso aquí presentado, con una lesión de 10 cm en la pieza quirúrgica, se ubica en el límite superior de esta controversia, apoyando la noción de que el tamaño por sí solo no justifica la intervención, sino la presencia de síntomas. Autores como Kacała et al. (2024)⁶ refuerzan que los hemangiomas gigantes (>5 cm) tienen un mayor riesgo de complicaciones, pero el manejo conservador sigue siendo adecuado en ausencia de síntomas.⁶

El diagnóstico en nuestro caso se estableció mediante una combinación de ultrasonido y tomografía computarizada (TC) multifásica, cuyos hallazgos fueron concordantes con la literatura. La TC con contraste mostró el patrón característico de relleno nodular periférico en fase arterial con progresión centripeta en fases tardías, considerado un signo patognomónico de esta entidad.²

La resonancia magnética (RM) es considerada la técnica de oro por su alta sensibilidad y especificidad (cercana al 95%), mostrando típicamente una lesión bien definida, hipointensa en T1 y marcadamente hiperintensa en T2 (signo de la "bombilla"), con un patrón de realce similar al de la TC.^{1,6} En nuestro caso, aunque no se realizó RM, los hallazgos tomográficos fueron suficientemente concluyentes.

La principal indicación para el tratamiento activo en el hemangioma cavernoso es la presencia de síntomas atribuibles a la lesión. Estos síntomas, como el dolor abdominal crónico y la saciedad precoz que presentaba nuestra paciente, suelen ser consecuencia del efecto de masa ejercido por el tumor sobre las estructuras adyacentes, incluyendo la distensión de la cápsula de Glisson.^{2,5} Goncharuk et al. (2022)⁵ describen en su caso un cuadro clínico similar de masa dolorosa y sensación de plenitud, que motivó la intervención.⁵ Otras indicaciones menos frecuentes pero más graves incluyen el crecimiento acelerado, la rotura espontánea (con una mortalidad reportada de hasta el 70%),⁵ o complicaciones hematológicas como el síndrome de Kasabach-Merritt, una coagulopatía por consumo asociada a hemangiomas de gran tamaño.^{2,3}

El manejo terapéutico de los hemangiomas gigantes sintomáticos ha evolucionado y sigue siendo motivo de debate. Durante décadas, la resección quirúrgica (enucleación o resección hepática anatómica) fue el pilar del tratamiento. La enucleación es la técnica de elección cuando es factible, ya que permite preservar el parénquima hepático sano al discurrir por el plano perilesional. Un estudio retrospectivo de Abdel Wahab et al. (2018)⁴ con 144 pacientes sometidos a cirugía por hemangioma gigante demostró que tanto la enucleación como la resección

anatómica son procedimientos seguros, con baja morbilidad y mortalidad. En dicho estudio, el tamaño del tumor (>10 cm) se asoció significativamente con un mayor sangrado intraoperatorio y un tiempo quirúrgico más prolongado, hallazgos que justifican la planificación quirúrgica metódica en estos casos.⁴ En nuestra paciente, se optó por una bisegmentectomía atípica (II y III), lo que permitió la exéresis completa de la lesión con resolución de los síntomas.

En los últimos años, han ganado protagonismo las técnicas mínimamente invasivas como alternativa a la cirugía, especialmente en pacientes con lesiones de difícil abordaje o con alto riesgo quirúrgico. La embolización arterial transcatheter (EAT) ha demostrado ser una opción eficaz y segura. Una revisión sistemática con metaanálisis de Tronconi et al. (2025),² que incluyó 1435 pacientes, reportó una reducción significativa del diámetro tumoral medio de 9.5 cm a 3.9 cm tras el procedimiento, con una baja tasa de complicaciones graves, siendo las más frecuentes el síndrome post-embolización (dolor, náuseas, fiebre) y elevaciones transitorias de enzimas hepáticas.² La EAT también puede emplearse como un paso prequirúrgico para disminuir el tamaño tumoral y la vascularización, reduciendo así el riesgo de sangrado intraoperatorio.⁵

En casos extremos, como hemangiomas bilobares irresecables, síntomas invalidantes que no responden a otras terapias o complicaciones graves como la rotura o la coagulopatía, el trasplante hepático puede ser la única opción curativa.

Finalmente, es importante destacar que la cirugía no está exenta de complicaciones a largo plazo. Nakata et al. (2024)⁷ reportaron un caso de un paciente que, seis años después de una lobectomía hepática derecha por un hemangioma gigante, desarrolló estenosis biliar recurrente y aumento de tamaño de un hemangioma residual en el lóbulo izquierdo, lo que requirió múltiples intervenciones y vigilancia estrecha ante el posible riesgo de complicaciones futuras.⁷ Si bien nuestra paciente no presentó complicaciones postoperatorias inmediatas, este reporte subraya la necesidad de un seguimiento a largo plazo, incluso después de una resección exitosa.

Conclusiones

El caso presentado reafirma que, ante un hemangioma cavernoso hepático de gran tamaño y sintomático, la resección quirúrgica es una opción terapéutica efectiva que ofrece una excelente resolución de los síntomas. La clave del éxito radica en una adecuada selección de los pacientes, basada en la correlación clínico-radiológica y una planificación quirúrgica precisa.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Fuente de financiamiento

Esta investigación no contó con apoyo financiero de ninguna entidad pública, comercial o sin fines de lucro.

Este es un artículo de acceso abierto.

Fecha de recepción: 07/03/2026

Fecha de revisión: 14/03/2026

Fecha de aprobación: 21/05/2026

Referencias

- García Espinosa I, García-Juárez F, Páez-Zayas V, Pérez-Hernández J, Higuera-de-la-Tijera F. Symptomatic giant cavernous hemangioma as an indication for liver transplantation. *Ann Hepatol.* 2022;27:100844. doi:10.1016/j.aohp.2022.100844.
- Tronconi SM, Almeida JFF, Guillaumon AT. Endovascular treatment of giant hepatic hemangiomas: a systematic review and meta-analysis. *J Vasc Bras.* 2025;24:e20250024. doi:10.1590/1677-5449.202500241.
- Yang Z, Tan H, Liu X, Sun Y. Extremely Giant Liver Hemangioma (50 cm) with Kasabach-Merritt Syndrome. *J Gastrointest Surg.* 2017;21(10):1748-1749. doi:10.1007/s11605-017-3429-7.
- Abdel Wahab M, El Nakeeb A, Ali MA, Mahdy Y, Shehta A, Abdulrazek M, et al. Surgical management of giant hepatic hemangioma: single center's experience with 144 patients. *J Gastrointest Surg.* 2018;22(5):849-858. doi:10.1007/s11605-018-3696-y.
- Goncharuk RA, Rakhmonov ZhA, Stegnii KV, Krekoten AA, Shulga IV, Dvoynikova ER. Combined surgical treatment of giant cavernous hepatic hemangioma: a case report. *Int J Surg Case Rep.* 2022;94:107012. doi:10.1016/j.ijscr.2022.107012.
- Kacala A, Dorochoicz M, Matus I, Korbecki A, Patrzalek D, Janczak D, et al. Hepatic hemangioma: review of imaging and therapeutic strategies. *Medicina (Kaunas).* 2024;60(3):449. doi:10.3390/medicina60030449.
- Nakata T, Tan AJN, Sempokuya T, Tran C. S4454 Postoperative sequelae in giant cavernous hemangioma: recurrent cholangitis and enlargement of residual hemangioma following hepatic lobectomy. *Am J Gastroenterol.* 2024;119(10 Suppl):S2844-S2845. doi:10.14309/01.ajg.0001047184.63878.09.