Adenoma hepático

J. C. Palomo Sánchez*, A. Castro García*, F. J. Alonso Vallejo*, S. Relanzón Molinero**,
M. F. Sánchez de la Fuente***, F. Caballero Gómez*, A. Calvo Celada*

Resumen

El adenoma hepático (AH) es una proliferación benigna de hepatocitos, que suele presentarse en mujeres con antecedentes de toma prolongada de anticonceptivos orales. Es muy infrecuente en varones. Actualmente las pruebas diagnósticas más útiles son la TC helicoidal y la resonancia magnética.

El tratamiento es la resección hepática, tanto en los casos de AH sintomáticos como en los asintomáticos, por el riesgo de crecimiento, rotura y transformación maligna.

Palabras clave:

Adenoma hepático. Tumor hepático benigno. Resección hepática.

Oncología, 2004; 27 (5):307-310

* Servicio General de Cirugía General

** Servicio de Radiología

*** Servicio de Anatomía Patológica

Summary

Hepatic adenoma is a benign proliferation of hepatocytes, usually seen in women with a history of prolonged oral contraceptive intake. It is rare in men. Helicoidal computerized tomography and magnetic resonance imaging are the most effective diagnostic tests presently available.

Treatment consists in hepatic resection in both symptomatic and asymptomatic cases, due to the risk of tumor growth, rupture or malignant transformation.

Key words: Hepatocellular adenoma. Benign liver tumor. Hepatic resection.

Introducción

Los adenomas hepáticos (AH) son proliferaciones benignas de hepatocitos, que suelen presentarse en mujeres entre los 20 y los 40 años de edad y con antecedentes de toma de anticonceptivos orales. Infrecuentemente se presentan en varones, siendo la proporción de varones:mujeres de 1:11^{1,2}. Presentamos un caso de adenoma hepático descubierto incidentalmente en un varón.

Caso clínico

Paciente varón de 38 años de edad, sin antecedentes de interés, que es remitido para estudio por presentar una alteración de la bioquímica hepática detectada en un análisis rutinario. El paciente no refería ninguna sintomatología y la exploración clínica no revelaba hallazgos de interés. La bioquímica hepática presentaba únicamente elevación de las enzimas de colestasis, FA 731 U/L y GGT 276 U/L. El resto de estudios analíticos fueron normales, incluyendo la alfa-fetoproteína, CEA y CA 19.9. La serología de virus B, C y VIH también era negativa. La ecografía hepática mostró una masa sólida en lóbulo hepático derecho, de unos 7 cm de diámetro mayor, bien definida. En la tomografía computarizada (TC) helicoidal multifásica se observó una lesión focal en lóbulo hepático derecho de unos 7 x 5 cm; en los cortes sin contraste la lesión presentaba contornos mal definidos, con áreas hipodensas respecto al resto del parénquima en la región anterior. Tras la administración de contraste intravenoso, la lesión presentaba en su centro mayor captación que el resto del parénquima (Fig. 1), y en una fase tardía aparecía una fina cápsula, hiperdensa respecto a la lesión (Fig. 2). Los datos eran sugestivos de adenoma hepático, sin poder descartar hepatocarcinoma bien diferenciado. La PAAF practicada no resultó concluyente.

Fig. 1. TC helicoidal con contraste iv. Fase arterial: masa hepática hiperdensa, que capta contraste de forma heterogénea.

Fig. 2. TC helicoidal con contraste iv. Fase de equilibrio: masa isodensa con fina cápsula hiperdensa periférica.

Fig. 3. Pieza de resección quirúrgica con adenoma hepático.

Con el diagnóstico de probable adenoma hepático fue sometido a tratamiento quirúrgico. A través de una laparotomía en J se apreció una masa localizada principalmente en los segmentos VI y VII, y mediante ecografía intraoperatoria se confirmó que se trataba de una lesión única y se determinó el margen de sección. Se practicó colecistectomía y resección hepática, realizando un clampaje intermitente del pedículo hepático, consiguiendo un margen de resección de unos 2 cm.

La pieza de hepatectomía remitida para estudio medía 18 x 8 x 8 cm y pesaba 493.1 g. En la misma se apreciaba una tumoración sólida de 7 x 5 x 4 cm, bien delimitada, de consistencia elástica y coloración pardo-rojiza (Fig. 3). Estaba formada por cordones de hepatocitos con amplio citoplasma, sin atipias y sin signos de malignidad; la lesión presentaba una cápsula fibrosa incompleta, con áreas de compresión y atrofia del parénquima hepático adyacente y una importante esteatosis macrogutulular dispersa que no existía en el parénquima hepático adyacente. El parénquima hepático no mostraba alteraciones de interés. La lesión fue diagnosticada de adenoma hepático. En el postoperatorio el paciente desarrolló un derrame pleural derecho leve que se resolvió con fisioterapia. En las revisiones practicadas posteriormente no se aprecian lesiones hepáticas.

Discusión

Los AH se suelen presentar como nódulos únicos, a veces pedunculados, que pueden variar en tamaño, pudiendo alcanzar hasta 30 cm de diámetro. En un 30 a 40 % de los pacientes las lesiones son múltiples, y si

son más de 10 se considera adenomatosis hepática^{1,3}. Aunque son lesiones bien delimitadas, típicamente carecen de cápsula fibrosa, pero suelen presentar un fina y a veces incompleta pseudocápsula de tejido hepático comprimido. En su interior se pueden apreciar áreas de necrosis y hemorragia. Microscópicamente están formados por cordones de hepatocitos con acúmulos de grasa y glucógeno, sin la disposición adecuada de las regiones portales y venas hepáticas. En ocasiones, es difícil diferenciar un AH de un hepatocarcinoma bien diferenciado^{1,4}.

En su etiología se han implicado principalmente a los anticonceptivos orales, pero también se han encontrado asociaciones con otros compuestos hormonales, como el clomifeno y el danazol. El mayor riesgo para desarrollar un AH se produce en mujeres de 30 años que han usado anticonceptivos orales durante más de 2 años. La adenomatosis es más frecuente en pacientes con glucogenosis tipo I, III y IV^{1,3}.

El síntoma más frecuente es el dolor abdominal vago crónico, que si se localiza en el cuadrante superior derecho suele ser por una hemorragia intratumoral. La rotura espontánea y el sangrado abdominal, que produce un cuadro de abdomen agudo, es la forma de presentación en un 8-12% de los casos^{2,4}. El AH puede ser un hallazgo casual en una laparotomía o en pruebas radiológicas realizadas por otros motivos. Las alteraciones analíticas suelen consistir en elevaciones de las enzimas de colestasis, ocasionadas por la compresión extrínseca del árbol biliar en los AH grandes^{1,4}.

Actualmente, las técnicas de imagen con mejor rendimiento para su diagnóstico son la TC helicoidal multifásica y la resonancia magnética (RM). Aunque ambas carecen de especificidad, proporcionan una información útil sobre el tamaño, número y relaciones vasculares de la lesión. En la TC sin contraste, el AH suele aparecer como una lesión bien delimitada e hipodensa, aunque si existe hemorragia o necrosis pueden aparecer zonas hiperdensas. En la TC helicoidal multifásica, presenta en la fase arterial una hipercaptación transitoria, más heterogénea que en la hiperplasia nodular focal (HNF), por la tendencia a la necrosis y a la hemorragia; en la fase portal la lesión se vuelve hipodensa heterogéneamente, y en la de equilibrio aparece hipodensa y con una cápsula hiperdensa. El diagnóstico diferencial radiológico ha de realizarse con la HNF, el hemangioma (HA) y el hepatocarcinoma bien diferenciado^{5,6}. Cuando existan dudas, puede emplearse la gammagrafía hepatobiliar con ^{99m}Tc-DISIDA para el diagnóstico de la HNF, y la gammagrafía con hematíes marcados ayuda a diagnosticar los HA⁴.

La resección hepática está indicada en los AH grandes que producen síntomas por compresión y en los que debutan con rotura y hemorragia intraabdominal, sin que sea necesario un margen de resección amplio (resecciones segmentarias). En los casos de AH asintomáticos existe controversia, pero la mayoría de los autores recomiendan la resección quirúrgica una vez que se sospecha su diagnóstico, pues existe riesgo de crecimiento, de rotura y de transformación maligna (hasta en un 4-5% de los AH resecados), incluso después de suspender el tratamiento hormonal. Además, generalmente es la única forma de confirmar el diagnóstico¹⁻³. En los pacientes con adenomas múltiples no tratables mediante resección hepática parcial se ha empleado con éxito el trasplante hepático⁴.

Bibliografía

1. Hugh TJ, Poston GJ. Benign liver tumors and masses. En: Blumgart LH, Fong Y editores. *Surgery of the liver and biliary tract*. 3ª edición. London: WB Saunders, 2000; tomo 2 p.1397-1422.
2. Nagorney DM. Benign hepatic tumors: focal nodular hyperplasia and hepatocellular adenoma. *World J Surg* 1995; 19:13-18.
3. Reddy KR, Kligerman S, Levi J et al. Benign and solid tumors of the liver: relationship to sex, age, size of tumors, and outcome. *Am Surg* 2001; 67:173-178.
4. Weimann A, Ringe B, Klempnauer J et al. Benign liver tumors: differential diagnosis and indications for surgery. *World J Surg* 1997; 21:983-991.
5. Valls C, Figueras J, Jaurrieta E. Diagnóstico por imagen del nódulo hepático: una aproximación por escenarios clínicos. *Cir Esp* 2001; 69:490-497.
6. Valls C, Andía E, Sánchez A, Gumá A, Serrano T. Hyperenhancing focal liver lesions: differential diagnosis with helical CT. *Am J Roentgenol* 1999; 173:605-611.

Correspondencia:
Dr. J. C. Palomo Sánchez
C/ Lorenzo Goñi, 5 - 4º B
E-16004 Cuenca
jpalomosanchez@sepd.es