

Cartas al Director

Hepatocarcinoma simulando hiperplasia nodular focal

Palabras clave: Hepatocarcinoma. Hiperplasia nodular focal. Tumores hepáticos.

Key words: Hepatocellular carcinoma. Focal nodular hyperplasia. Liver tumours.

Sr. Director:

Caso clínico

Una mujer de 66 años es remitida a nuestro servicio ante el hallazgo ambulatorio en TAC abdominal de una lesión de 7 cm en lóbulo hepático izquierdo.

Se trata de una paciente sana y sin antecedentes de interés que había acudido a su médico de cabecera a realizarse un chequeo rutinario y este detectó en una analítica convencional una discreta elevación de transaminasas, por lo que decidió completar el estudio con una prueba de imagen. No presentaba ninguna otra clínica reseñable por aparatos.

A la *exploración física* la paciente presentaba un buen estado general llamando únicamente la atención la presencia de discreta molestia a la palpación en hipocondrio derecho.

A su ingreso en nuestra unidad se realizaron las siguientes *pruebas complementarias*:

—*Hemograma y coagulación*: sin alteraciones.

—*Bioquímica*: bilirrubina total 1,12, fosfatasa alcalina 690 (n < 258), LDH 359, GOT (AST) 185 (n < 40), GPT (ALT) 211 (n < 40), GGT 673 (n < 36), resto normal.

—*Marcadores tumorales*: CA 19.9, 10.9, alfafetoproteína 386,9 (n < 10), CEA 1.12.

—*EKG*: ritmo sinusal sin alteraciones significativas.

—*Radiografía de tórax*: sin alteraciones.

—*TAC abdominal*: tumoración de 7 cm, de bordes bien deli-

mitados, centrada en el segmento medial del lóbulo hepático izquierdo, que se extiende al lóbulo hepático derecho. La masa produce compresión del tronco principal de la porta y, sobre todo, de la rama izquierda de la misma, así como discreta dilatación del árbol biliar izquierdo. La lesión está poco vascularizada y muestra importantes áreas necróticas.

—*Biopsia hepática*: cambios de hiperplasia nodular con marcada esteatosis, no evidencia de malignidad en el material remitido.

Ante la discordancia entre las pruebas de imagen y analíticas, que orientaban hacia un proceso neoplásico, y la anatomía patológica (no concluyente de malignidad) se decide explicar la situación a la paciente ofreciéndole la posibilidad de la cirugía. La paciente acepta la intervención practicándosele una resección de los segmentos IV y V hepáticos.

Durante la operación se envía una *biopsia intraoperatoria* que es informada nuevamente como biopsia no concluyente de malignidad en el material remitido, pero en la *pieza de resección* macroscópicamente se diferencia un nódulo mayor de 6 x 6 cm, bien delimitado y encapsulado, que presenta un nódulo central de pequeño tamaño, necrosado y multilobulado. Microscópicamente se diferencian áreas extensas sin atipias, con abundantes vacuolas lipídicas y con un índice de proliferación muy bajo y otras áreas con alta celularidad, núcleos atípicos, mitosis e índice de proliferación en torno al 15%. Finalmente el tumor es catalogado como *hepatocarcinoma bien diferenciado (grado II) rico en lípidos* (Fig. 1).

En el postoperatorio la paciente no presentó ninguna complicación reseñable y fue dada de alta con posterior seguimiento en consultas externas. Actualmente se encuentra asintomática y en una analítica de control se ha comprobado la normalización tanto de las transaminasas como de la alfafetoproteína.

Discusión

El hepatocarcinoma es un tumor frecuente representando actualmente el 5% de las neoplasias a nivel mundial. Su incidencia varía notablemente dependiendo del área geográfica y existen determinados factores de riesgo para su desarrollo como

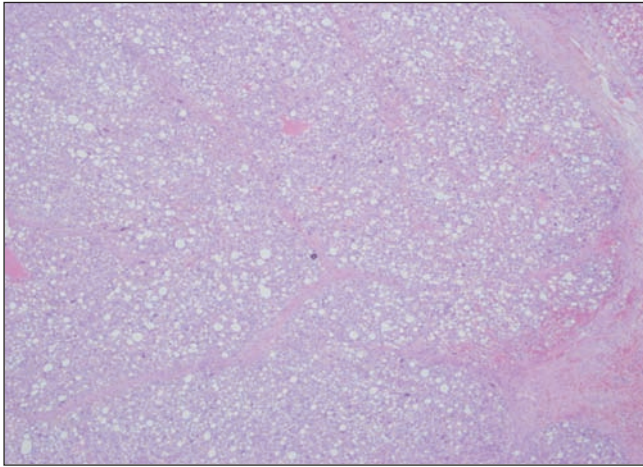


Fig. 1. Hepatocarcinoma.



Fig. 2. TAC: lesión en LHD.

son la existencia de cirrosis de cualquier etiología y sobre todo las relacionadas con los virus de la hepatitis B y C, el alcohol y la hemocromatosis (1).

Para su diagnóstico en nódulos mayores de 2 cm, como es en nuestro caso, se requiere: 2 técnicas de imagen en las que se observe la clásica hipervascularización arterial (ecografía, TAC, RMN o arteriografía) o bien 1 técnica de imagen (Fig. 2) + una concentración de alfafetoproteína mayor de 400 ng/dl (2).

La alfafetoproteína puede encontrarse elevada en distintas enfermedades tumorales, en enfermedades hepáticas benignas y en procesos de regeneración hepática. Cifras elevadas unidas a una imagen radiológica compatible confirman el diagnóstico pero niveles inferiores no lo excluyen (3).

Nosotros nos encontrábamos ante una paciente no cirrótica, sin comorbilidad asociada, asintomática, con un nódulo de gran tamaño, con una alfafetoproteína elevada y una biopsia percutánea que fue informada como hiperplasia nodular focal. Ante lo contradictorio de la situación, con datos a favor de malignidad y benignidad, y el gran tamaño de la masa se decidió intervenir a la paciente.

Preoperatoriamente los diagnósticos posibles eran hiperplasia nodular focal (HNF) o hepatocarcinoma, dos entidades que normalmente no suelen presentar problemas de diagnóstico diferencial entre ellas.

La HNF es el segundo tumor hepático primario más frecuente, con una prevalencia en torno al 0,9%. Se asocia a determinadas anomalías vasculares (4-6) y no está demostrado ni su asociación con el tratamiento anticonceptivo (7) ni su potencial de transformación maligna (8).

Suele presentarse de forma preferente en mujeres con una edad media entre 30-40 años y ser clínicamente asintomática.

En un 80% de los casos se trata de lesiones únicas, < 5 cm y la presencia de síntomas se relaciona con el crecimiento del tumor y la compresión de estructuras vecinas, siendo raras las complicaciones.

Los test analíticos no son útiles en el diagnóstico mostrando únicamente un ligero aumento de la GGT y en ocasiones de la alfafetoproteína.

En el 70% de las HNF la radiología es suficiente para llegar al diagnóstico, requiriéndose en una minoría la realización de una biopsia dirigida. Lo característico es una imagen hipoeoica con una cicatriz hiperecoica central y la mayoría de las lesiones se realzan con contraste en la fase arterial (9) y se vuelven isoecoicas en la fase portal.

Desde el punto de vista anatómo-patológico se trata de lesiones bien delimitadas, con cicatriz central, abundantes tractos fibrosos, estructuras vasculares distróficas y reacción periductal a base de infiltrados linfocitarios generalmente.

Actualmente no existe una clara evidencia de que la HNF pueda malignizarse y por lo tanto la indicación de cirugía es controvertida cuando nos encontramos ante una persona asintomática o con una lesión de pequeño tamaño (< 4 cm), mientras que es de elección ante lesiones grandes y/o sintomáticas y en aquellos casos en los que mediante técnicas no invasivas no se logra llegar a un diagnóstico definitivo (10).

Finalmente con el análisis de la pieza quirúrgica llegamos al diagnóstico de hepatocarcinoma bien diferenciado (grado II) rico en lípidos, siendo esta última característica, unida a la diferenciación intratumoral de áreas con distinto índice de proliferación y atipias, lo que llevó erróneamente al diagnóstico percutáneo de HNF.

J. Yáñez López, M. Blanco Rodríguez, J. Souto Ruzo, M. Gómez Gutiérrez¹, M. Alvite Canosa¹ y F. Arnal Monreal²

Servicios de Aparato Digestivo, ¹Cirugía General y ²Anatomía Patológica. CHU Juan Canalejo. A Coruña

Bibliografía

1. Bruix J, Sherman M, Llovet JM, Beaugrand M, Lencioni R, Burroughs A, et al. Clinical management of hepatocellular carcinoma. Conclusions of the Barcelona 2002 EASL conference. *J Hepatol* 2001; 35: 421-30.
2. Valls C, Figueras J, Jaurrieta E. Diagnóstico por imagen del nódulo hepático: una aproximación por escenarios clínicos. *Cir Esp* 2001; 69: 490-7.
3. Moral A, Magarzo J. Marcadores tumorales serológicos en cirugía hepatobiliar. *Cir Esp* 2004; 76 (5): 276-83.

4. Haber M, Reuben A, Burrell M, Oliverio P, Salem RR, West AB. Multiple focal nodular hyperplasia of the liver associated with hemihypertrophy and vascular malformations. *Gastroenterol* 1995; 108: 1256-62.
5. Wanless IR. Epithelioid hemangioendothelioma, multiple focal nodular hyperplasias, and cavernous hemangiomas of the liver (letter). *ARCH Pathol Lab Med* 2000; 124: 1105-7.
6. Takayama A, Wanless IR. Three dimensional angioarchitecture of focal nodular hyperplasia and hypothesis on the pathogenesis. *Mod Pathol* 2004; 17 (Supl.): 313A.
7. Luciani A, Kobeiter H, Maison P, et al. Focal nodular hyperplasia of the liver in men: Is presentation the same in men and women? *Gut* 2002; 50: 877-80.
8. Chen TC, Chou TB, Ng KF, Hsieh LL, Chou YH. Hepatocellular carcinoma associated with focal nodular hyperplasia. Report of a case with clonal analysis. *Virchows Arch* 2001; 438: 408-11.
9. Dietrich CF, Schuessler G, Trojan J, Fellbaun C, Igneen A. Differentiation of focal nodular hyperplasia and hepatocellular adenoma by contrast-enhanced ultrasound. *Br J Radiol* 2005; 78: 704-77.
10. Colli A, Fraquelli M, Massironi S, Colucci A, Paggi S, Conte D. Elective surgery for benign liver tumours. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; issue 1.