

Adenoma Hepático

Noguera Arzamendia, Jacinto Rafael (*)

RESUMEN

El adenoma hepático se trata de una tumoración benigna del hígado formada por la proliferación de hepatocitos sobre un hígado normal. Este tumor suele presentarse en mujeres jóvenes que han recibido terapia estrógeno progesterona, como anticonceptivos. La incidencia es de 3-4/100.000 mujeres/años entre aquellas que utilizan anticonceptivos. El riesgo de desarrollar un adenoma aumenta en función del tiempo de utilización del medicamento, la dosis y de la edad del paciente.

Este tumor habitualmente es único pero se han descrito casos con múltiples adenomas de tamaño variable en un mismo paciente. Un 66 % del adenoma es asintomático. En cuanto al diagnóstico en un 5-10 % de los casos es un hallazgo fortuito en el seno de una exploración ecográfica, en ocasiones por palpación de tumoración abdominal y el resto como consecuencia de un estudio por la existencia de dolores abdominales agudos o crónicos secundarios a la aparición de hemorragia intratumoral o intraperitoneal.

Palabras Claves: Adenoma Hepático
Adenoma Hepatocelular
Tumor Hepático Benigno

SUMMARY

The hepatic adenoma is a tumor benign of the liver formed by the proliferation of hepatocytes on a normal liver. This tumor usually appears in young women who you have received therapy estrogen progesterone, like contraceptives. The incidence is of 3-4/100,000 women per years between which they use contraceptives. The risk of developing an adenoma increases based on the time of use of the medicine, the dose and of the age of the patient. This tumor habitually is unique but they are had I decipher cases with manifold variable adenoma of size in a same patient. 66 % of the adenoma are asintomático. As far as I diagnose in a 5-10 % of the cases is a fortuitous finding in an exploration ecografía, sometimes by ab-

dominal palpación of tumoracion and the rest as a result of a study by the existence of secondary acute or chronic pains abdominal to the appearance of intratumorlike or intraperitoneal hemorrhage.

Key words: Hepatic Adenoma
Hepatocellular Adenoma
Benign Hepatic Tumor

INTRODUCCION

A comienzos de la década 1960 comenzaron a usarse ampliamente anticonceptivos orales y esto fue seguido por cada vez mas informe de hipertrofia nodular benigna y Adenoma hepático, a fines de la década 1960 y a comienzos de la década de 1970 aparecieron innumerables informes de casos únicos y unas pocas series reunidas y muchos cirujanos han tenidos hallazgos personales con uno o más de estos tumores durante ese lapso. (1)

Es el más importante tumor benigno del hígado aparece sobre todo en mujeres en edad fértil y ha aumentado su prevalencia debido al uso generalizado de anticonceptivos orales, los cuales representa un papel en su Patagonia. (1,7) La mayoría de los adenomas son asintomáticos. Se presentan excepcionalmente en forma de un problema quirúrgico agudo causado por una rotura brusca y la hemorragia en la cavidad peritoneal. (1,10,12) Aunque el adenoma no es en general precancerosos se ha descrito algunos casos de transformación maligna. Los relacionados con el uso de anticonceptivos suelen regresar si se interrumpen el fármaco. (1,8). El riesgo de desarrollar este tumor, entre las mujeres sometida a este tratamiento durante mas de 24 meses, es 30 veces superior al de las mujeres no tomadoras de estrógenos. Su localización es mas frecuente en lóbulo derecho. La mayoría de ellos no producen síntomas y su diagnóstico es casual al practicar una ecografía por otra causa. (1)

Sin embargo, el adenoma puede producir molestia relacionada con el efecto masa, dolores intensos por infarto hemorrágico y hemoperitoneo por rotura espontanea. (2)

*) Hospital de las Fuerzas Armadas de la Nación

Tiene aspecto carnosos un color mas claro con amenu-do amarillo o casi blanco a menos que una hemorragia o necrosis hayan producido un patrón equimotico moteado. Hasta un 30 % de estos tumores es multiple, esta delimitado claramente del hígado normal, no muestra una típica cápsula fibrosa pero puede tener una pseudocapsula de tejido hepático adyacente comprimido que permite la enucleacion. (1)

Se presenta el caso de una mujer adulta que fue intervenida con él diagnostico de abdomen agudo quirúrgico.

MATERIALES Y METODOS

M.D. de P., sexo femenino de 43 años de edad procedencia de la capital sin antecedentes patológicos de valor, cinco hijos parto normal y uso de anticonceptivo oral por quince años aproximadamente. Consulto en el Servicio de urgencia por dolor en hipocondrio derecho de inicio brusco seis horas de evolución que se irradia a dorso derecho, luego se generaliza, acompañado por nauseas vómitos e hipotensión arterial.

Examen físico: Palidez de piel y mucosa. Presión arterial 70/50 mmhg

Abdomen: Simétrico movilidad respiratoria disminuida. Palpacion: Poco depresible, doloroso signo de irritación generalizado Auscultacion; Ruidos hidroaereos disminuidos. Resto del Examen físico normales.

Se practicaron estudios laboratoriales con resultados de: Hto: 27%, Hb: 9, Glóbulos Blancos: 12.000 mm³ Neutrofilos: 79 %, Linfocitos: 21 %, GPT: 28 U/l, GOT: 45 U/l, Fosfatasa Alcalina 142 U/l, Amilase 56 U/dl.

Ecografía : Informa lesión ocupante de espacio (LOES) en contacto con el lóbulo izquierdo de aspecto sólido tumoral de 65 mm por 98 mm. Colección líquida libre dispersa en cavidad. Fue intervenida con él diagnostico abdomen agudo quirúrgico de origen a determinar.

Técnica quirúrgica: Laparotomia mediana supra para e infraumbilical, constatándose gran cantidad de tejido hemático en cavidad libre, se observa además en el lóbulo derecho cara superior un nódulo de siete por diez centímetros de diámetro superficial, rojo negruzco, superficie rugosa irregular sangrante, consistencia sólida friable.

Resección del tumor, que impresiona provista de una pseudocapsula, sutura del parenquima hepático con catgut 2-0, lavado de cavidad cierre de pared por planos.

Anatomía patológica informa, todos los fragmentos muestran cambios similares observando células hepáticas en zona nodular, dispuestas en forma sólida, difusa, en sabanas, sin espacios portales, con sinusoides colapsados,

algunas venas y troncos arteriales y focos de secreción de bilis.

Estas células están dispuestas en nódulos separados por banda de tejidos fibrosos.

En algunos nódulos hay mayor vascularización con hemorragias extensas; en otros las células son pequeñas con relación nucleo-citoplasma algo aumentada y en una zona se ven células con núcleos algo irregulares e hiper-cromáticos, sin figuras mitóticas evidentes.

Hacia la periferia se ve resto de parenquima hepático comprimido sin mayores cambios. Se establece él diagnostico diferencial con la Hiperplasia Nodular Focal, Nódulo regenerativo macronodular y el hepatocarcinoma bien diferenciado.

Correlacionado los datos quirúrgicos y sin cirrosis hepáticas y los datos histológicos se establece él diagnostico Adenoma Hepatocelular con cambios displásicos focales

RESULTADOS

El diagnóstico de esta patología fue un hallazgo casual, la sospecha inicial fue una peritonitis de origen vesicular.

Sorprende para el equipo quirúrgico único caso en los últimos diez años en el Hospital Militar. La paciente tuvo buena evolución postoperatoria, no recibió sangre, cefazolina 4 gr./día por 4 días, analgésicos y alta al quinto día.

Control laboratorial al primer mes, Hemograma, enzima hepáticas y ecografía, dentro de los límites considerados normales.

Proponemos control de enzima hepáticas cada tres meses y ecografía cada 6 meses por ser una patología rara para nosotros.

Sugerimos al paciente suspender el uso de anticonceptivos y el uso de dispositivos intrauterino.

DISCUSION

Si bien el adenoma Hepatocelular es un tumor raro y ha aumentado su prevalencia debido al uso generalizado de anticonceptivos orales, los cuales representan un papel en su patología no son en general pre cancerosos se han descrito algunos casos de transformación maligna (1,7)

Suele presentarse en mujeres jóvenes que han recibido terapia estrogénica progestérgica, generalmente como anticonceptivos. Se han descrito también asociados a, diabetes, hemosiderosis, betatalasemia, galactosemia y carbamazepina. (10,14)

La incidencia es de 3-4 por 100.000 mujeres/años entre aquellas que utilizan anticonceptivos. El riesgo de desarrollar un adenoma aumenta en función al tiempo de utilización del medicamento, de la dosis y de la edad del paciente superior a 30 años.

Este tumor es habitualmente único aunque recientemente se han descrito casos con múltiples adenomas de tamaño variable en un mismo paciente. Un 66 % del adenoma son sintomáticos, dolor masa en hipocondrio derecho. En cuanto al diagnóstico en un 5 a 10 % de los casos es un hallazgo fortuito en el seno de una exploración ecográfica, en ocasiones 20 a 30 % por palpación de tumoración abdominal y el resto como consecuencia del estudio por la existencia de dolores abdominales agudo o crónicos secundarios a la aparición de hemorragia intratumoral o intraperitoneal. (7)

Las exploraciones biológicas no suelen dar información salvo caso de hemorragia en ocasiones se aprecian elevación de Fosfatasa alcalina y o gammaglutamil

transpeptidasa.

La ecografía se puede presentar como lesiones hiperecoicas o hipoecoicas e incluso isoecoicas, En la Tomografía axial en ocasiones se demuestra la presencia de hemorragia intratumoral o zona de necrosis en tumores de mayor tamaño(3,9,11)

La resonancia magnética es probablemente la mejor exploración para ayudar al diagnóstico diferencial entre adenoma Hepatocelular e hiperplasia nodular focal, la diferencia entre estas dos lesiones es importante en la hora de estrategia terapéutica. (4,15)

En ocasiones será necesario realizar una biopsia por punción guiada por laparoscopia o por cirugía abierta para ver conducta terapéutica. (13)

En caso de adenoma cuando el tumor es igual o mayor de 5 cm de diámetro se plantea el tratamiento quirúrgico por el riesgo de rotura o transformación maligna. (5)

BIBLIOGRAFIA

1. Beazley R.M.; Blungar J.L. Tumores benignos y Pseudotumores de las Vías Biliares. En Cirugía del Hígado y tumores de Vías Biliares. Panamericana Buenos Aires. 1990 Secc. 63 p. 940-953
2. Teres J. Tumores hepáticos. Farreras Rozman Ediciones Doyma Barcelona España 1988 p. 338-441
3. Schweiz Runsch Med Prax. et Liver cell pathomorphology and differential diagnosis 2001 Jan 11; 90 (1-2): p3-5
4. Bartolotta TV, Midiri M, Galia M, Carcione A, De Maria M, Lagalla R. et Benign hepatic tumors: MRI features before and after superparamagnetic iron oxide administration. Radiol Med. 2001 apr; 101(4): p219-29
5. Reddy KR, Kligerman S, Levi J, Livingstone A, Molina E, Franceschi D, Badalamenti S, et Benign and solid tumors of the liver: relationship to sex, age, size of tumors, and outcome. Am Surg 2001 feb; 67(2): p173-8
6. Trotter JF, Everson GT, et Benign focal lesions of the liver. Clin Liver Dis 2001 5(1): p17-42
7. Merck Sharp, Dohme de España S.A., Madrid España 10 ed 2001, Cap. 48-246
8. Kebapci M, et al. Hepatic adenomatosis: mayo 2001 26(1) p264-8
9. Ruppert-Kohlmayr AJ, et al. Focal nodular hyperplasia; junio 2001, 176(6) p. 1493-8
10. Vannier JP, Marie-Cardine A, Bachy J, Metayer J, et, Med Pediatr Oncol Adenoma, Liver Cell/*complications/metabolism/pathology, et, 2001 Jun; 36(6): 659-6111. -Wilkins L, Bredt M, Flemming P, Schwarze Y, Becker T J Mol, et, Diagn 2001 May; 3(2): p. 68-73.
12. Kligerman S, Levi J, Livingstone A, Molina E, Franceschi D, Badalamenti, et, Adenoma, Liver Cell/epidemiology/surgery Am Surg 2001 Feb; 67(2): p173-8.
13. Cherqui D, et, Adenoma, Liver Cell/complications/*diagnosis/*therapy, J Chir (Paris) 2001 Feb; 138(1): 19-26. 14. -Kudo M, et Hepatocellular adenoma in type Ia glycogen storage disease. J Gastroenterol 2001; 36(1): p. 65-6.
15. Helmberger T, Gregor M, Holzknicht N, Rau H, Scheidler J, et, Mar, Effects of biphasic spiral, conventional and iron oxide enhanced on therapy and therapy costs in patients with focal liver lesions 172(3)2000, p 251-9.