



Adenoma hepático. Caso clínico

Andy Gabriel Rivera-Flores,* Scherezada María Isabel Mejía-Loza,* Nuria Pérez y López,* Felipe Zamarripa-Dorsey*

RESUMEN

El adenoma hepático (AH) es una neoplasia benigna rara, se localiza principalmente en el lóbulo derecho, es solitario en 80% y es frecuente en mujeres en edad reproductiva con ingesta prolongada de anticonceptivos orales. Las principales complicaciones son hemorragia y su degeneración maligna. Presentamos un caso para revisar conceptos actuales de esta entidad. **Caso clínico:** Paciente de 18 años de edad, sin antecedentes médicos de importancia. Ingresa al Departamento de Urgencias con dolor abdominal y en el examen físico se detecta una masa abdominal en el cuadrante superior derecho. El ultrasonido (USG) abdominal reporta: posible neoplasia hepática en lóbulo derecho, corroborado por tomografía abdominal. Se realizó biopsia hepática guiada por TAC dando como resultado adenoma hepatocelular. Se trató con hepatectomía parcial y el estudio histopatológico mostró un adenoma hepático subtipo beta catenina mutado. **Conclusión:** El adenoma hepático es una entidad reconocida, la conducta terapéutica se basa en el tamaño tumoral y subtipo molecular.

Palabras clave: Adenoma hepático, tumor hepático benigno, B-Catenina.

ABSTRACT

Liver adenoma (LA) is a rare benign neoplasm, localized mainly in the right lobe, 80% solitary, common in women of reproductive age, with prolonged oral contraceptive intake, the main complications are bleeding and its malignant degeneration. We present the case to review current concepts of this entity. **Clinical case:** 18-year-old male patient, no significant medical history. He is admitted to the emergency department with abdominal pain, and on the physical examination a right upper quadrant abdominal mass. Abdominal ultrasonography (USG) reports: possible hepatic neoplasia in right lobe, corroborated by abdominal tomography. CT-guided liver biopsy was performed resulting in hepatocellular adenoma. It was treated with partial hepatectomy and histopathological study showed a hepatic adenoma subtype beta catenin mutated. **Conclusion:** Liver adenoma is a recognized entity; therapeutic behavior is based on tumor size and molecular subtype.

Key words: Liver adenoma, benign liver tumor, Catenin-B.

INTRODUCCIÓN

El adenoma hepático (AH), descrito en 1861 por Frerichs,¹ es una neoplasia benigna rara con una incidencia de uno por cada 1,000,000 de habitantes y se incrementa a uno por cada 100,000 en mujeres en edad reproductiva que ingieren anticonceptivos orales por largo tiempo.^{2,3} Es inusual en varones, generalmente son portadores del síndrome metabólico o tienen antecedente de ingesta de esteroides anabólicos. Existen otros factores de riesgo asociados al desarrollo de este tipo de adenomas como

consumo de alcohol y/o tabaco y un alto índice de masa corporal.⁴ Se reconocen cuatro subtipos moleculares (Cuadro 1), basados en las características genotípicas, el tipo 1 y 3 representan 80% de los casos.^{5,6} Su degeneración maligna es rara y está asociada al uso de andrógenos, tumores mayores de 5 cm y a la mutación de beta catenina.⁷ Estos factores se consideran para decidir la conducta terapéutica.²

Cuadro 1. Subtipos moleculares de adenoma hepático.

Tipo 1	Mutación del factor nuclear 1 alfa hepatocítico
Tipo 2	Mutación de beta catenina
Tipo 3	Inflamatorio
Tipo 4	No clasificado

* Servicio de Gastroenterología del Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud. Ciudad de México, México.

Recibido: 25/10/2017. Aceptado para publicación: 20/12/2017.

CASO CLÍNICO

Masculino de 18 años de edad, índice de masa corporal de 23 kg/m^2 sin antecedentes clínicos de importancia. Se presenta en el área de urgencias con dolor abdominal súbito, punzante, de intensidad EVA 5-10 que se irradia en forma de cinturón y tiene un día de evolución, se acompaña de náuseas y vómito.

Signos vitales: presión arterial (PA) de 110/70, frecuencia cardiaca (FC) de 102 latidos por minuto (lpm), frecuencia respiratoria (FR) de 22 respiraciones por minuto (rpm) y temperatura corporal de 37.2°C . Al examen físico se observa posición antiálgica, deshidratación, disminución de murmullo vesicular y matidez a la percusión en el tercio inferior de ambos pulmones. Abdomen doloroso a la palpación (epigastrio e hipocondrio derecho) con presencia de masa sólida en hipocondrio derecho de bordes lisos y definidos de aproximadamente 3 cm de diámetro, no dolorosa con presencia de circulación colateral con peristalsis disminuida, resto del examen físico sin anomalías.

Pruebas de laboratorio: biometría hemática con hematocrito de 49%, hemoglobina de 16.5 g/dL, plaquetas 316,000, glóbulos blancos (GB) 14,950, neutrófilos 11,700, volumen corpuscular medio (VCM) 92 fl, hemoglobina corpuscular media (HCM) 33.3 fl, sodio (Na) 137 mmol/L, fósforo (P) 2.9 mmol/L, potasio (k) 4.4 mmol/L, calcio (Ca) 8.9 mmol/L, nitrógeno ureico (BUN) 18 mg/dL, creatinina 1.04 mg/dL, transaminasa glutámico oxalacética (TGO) 32 U/L, aspartato aminotransferasa (TGP) 17 U/L, bilirrubina total (BT) 1.5 mg/dL, bilirrubina directa (BD) 0.8 mg/dL, lipoproteínas de alta densidad (LDH) 282 U/L.

Usg Abdominal: presencia de masa sólida (neoplasia hepática) en hipocondrio derecho (Figura 1).

Tomografía (TAC) abdominal: probable hepatoblastoma o carcinoma fribrolamelar (Figura 2). Se realizó biopsia hepática guiada por tomografía computarizada.

Estudio histopatológico: adenoma hepatocelular (Figura 3).

Tratamiento: heptectomía parcial.

El diagnóstico de adenoma hepatocelular fue confirmado a través del estudio histopatológico del lóbulo extirpado. Actualmente el paciente evoluciona favorablemente.

DISCUSIÓN

El adenoma hepático es una patología poco frecuente en varones jóvenes.¹ Está asociado al uso de anticon-

ceptivos y/o esteroides y suele presentarse en forma de nódulos solitarios (ocasionalmente pedunculados), por lo regular se identifica de manera casual durante la exploración abdominal, en estudios de imagen o en procedimientos quirúrgicos o necropsia. Este tipo de patologías cursan con sintomatología inespecífica como dolores en hipocondrio derecho, presión de órganos vecinos, fiebre e ictericia. El paciente en cuestión (varón de 18 años de edad) refiere al examen clínico únicamente abdomen doloroso a la palpación en la región del epigastrio e hipocondrio derecho y peristalsis disminuida, además de deshidratación y febrícula, sin datos clínicos de otras patologías. La masa palpable abdominal hizo

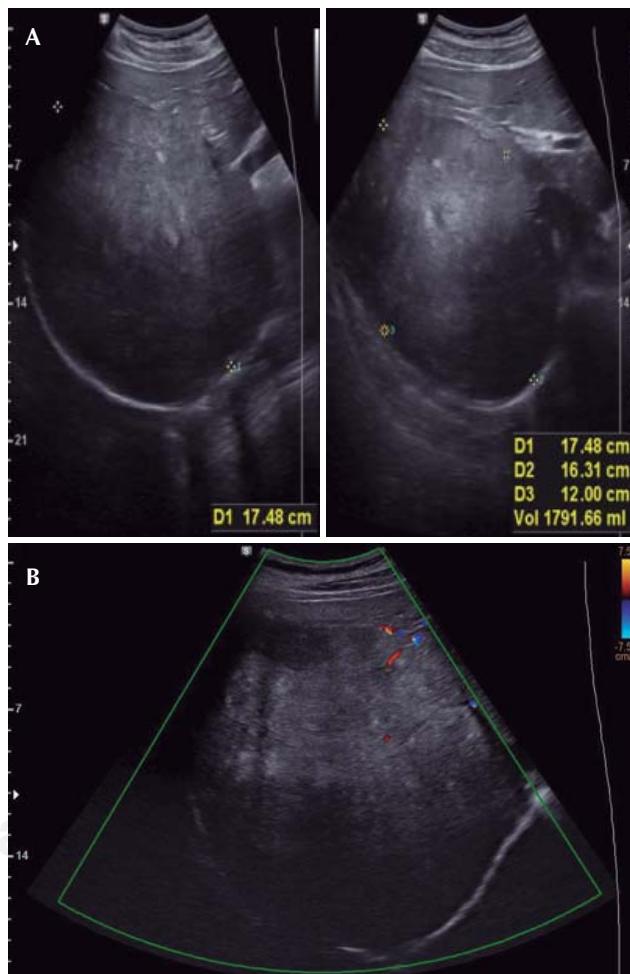


Figura 1. Ultrasonido (USG) de hígado. A. Se observa lóbulo hepático derecho con masa ecogénica de $17.4 \times 16.3 \times 12 \text{ cm}$ y USG Doppler. B. Se observa masa vascularizada en la periferia. Posible diagnóstico de neoplasia.

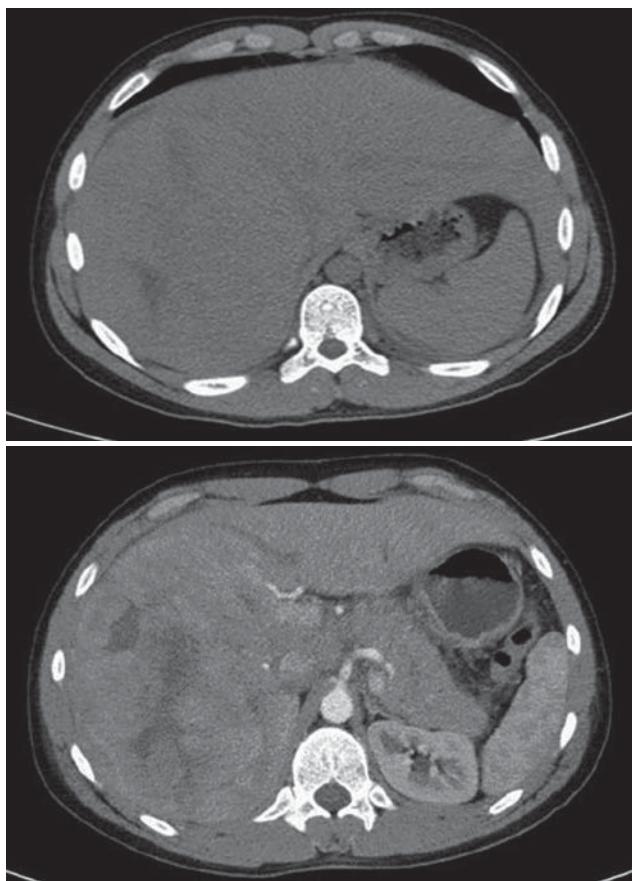


Figura 2. **A.** Hígado de 230 mm de longitud, parénquima heterogéneo con amplia necrosis central, componente sólido hipodenso de 50 UH en fase simple, 76 UH en fase arterial y 96 UH en portal; desplaza y comprime al parénquima adyacente y vasos hepáticos, dimensión 17.3 x 17.4 x 12 cm. **B.** Interfase bien definida en lóbulo derecho sin datos de dilatación intrahepática o extrahepática. Hepatoblastoma versus carcinoma fibrolamelar.

sospechar una neoplasia y debe confirmarse a través de estudios de imagen. En el estudio de imagen del presente caso clínico se muestra una masa sólida de 3 cm de diámetro en el lóbulo hepático derecho. Diversos autores refieren que para el diagnóstico de este tipo de lesiones es recomendable el uso de estudios de imagen combinados, los cuales de acuerdo con Aalton SM y colaboradores⁸ tienen una sensibilidad de 80%, mientras que la sensibilidad de la resonancia magnética con contraste (específica para hígado) es de 90%. Actualmente las mejores técnicas de imagen para el diagnóstico del adenoma hepático son tomografía computarizada (TC) helicoidal multifásica y resonancia magnética, aunque

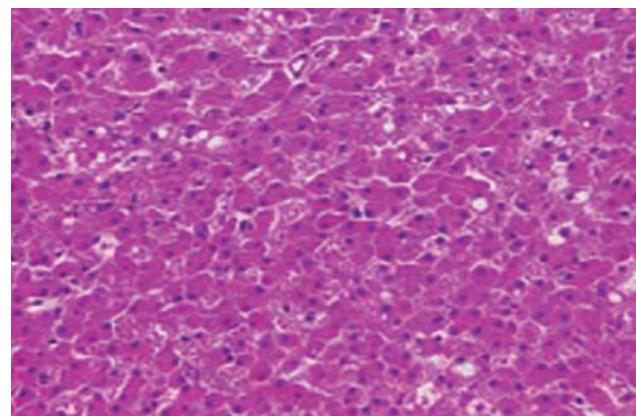


Figura 3. Se observa aumento del tamaño de los hepatocitos con ausencia de los septos, tractos portales y colangiolos que siguen un patrón trabecular de las células tumorales. Se concluye que es compatible con un adenoma hepático.

carecen de especificidad, puede obtenerse información útil sobre el tamaño, número de nódulos y relaciones vasculares de la lesión.

El tamaño de los adenomas hepáticos puede alcanzar hasta 30 cm de diámetro. En este caso se observó una masa sólida, única, con dimensiones de 17.4 x 16.3 cm (Figura 1), localizada en lóbulo derecho, con presencia de circulación colateral, sin anomalías en el resto del órgano. De acuerdo con los reportes de casos, entre 30 y 40% de los hallazgos las lesiones son múltiples; si éstas exceden de 10 nódulos, el diagnóstico será adenomatosis hepática.² Los hallazgos en los estudios de gabinete pueden ayudar a caracterizar el tipo de neoplasia hepática; sin embargo, si el tamaño de la lesión es mayor de 5 cm, es recomendable realizar biopsia⁷ para determinar el subtipo molecular y decidir la conducta terapéutica con base en el tamaño, tipo molecular y además descartar malignidad.

El riesgo de que las lesiones por adenoma hepatoceleular se compliquen o degeneren en un proceso maligno es muy bajo, esta eventualidad llega a presentarse en algunos tipos histológicos y en nódulos de tamaño muy grande.

CONCLUSIÓN

El presente caso clínico se diagnostica como adenoma hepático de acuerdo con los signos clínicos inespecíficos, los hallazgos en los estudios de imagen que evidencian la presencia de una masa sólida de 3 cm de diámetro y la confirmación histopatológica de



crecimiento celular benigno. Por tal motivo se aplicó el tratamiento hepatectomía parcial, con excelente pronóstico médico.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Ramia JM, Bernardo C, Valdivieso A, Dopazo C, Jover JM, Albiol MT, et al. Estudio multicéntrico sobre adenomas hepáticos. Ci Esp 2014; 92(2): 120-5.
2. Grazioli L, Ambrosini R, Frittoli B, Grazioli M, Morone M. Primary benign liver lesions. Eur J Radiol 2017; 95: 378-98.
3. Chang CY, Hernandez-Prera JC, Roayaie S, Schwartz M, Thung SN. Changing epidemiology of hepatocellular adenoma in the United States: review of the literature. Int J Hepatol 2013; 2013: 604860.
4. Marín-Camero N, Fernández-Aguilar JL, Sánchez-Pérez B, Suárez-Muñoz MA, Santoyo-Santoyo J. De la hiperplasia nodular focal al adenoma inflamatorio hepático. Cir Esp 2012; 90(3): 200-1.
5. Nault JC, Couchy G, Balabaud C, Morcrette G, Caruso S, Blanc JF, et al. Molecular classification of hepatocellular adenoma associates with risk factors, bleeding, and malignant transformation. Gastroenterology 2017; 152(4): 880-94.e6.
6. Dhingra S, Fiel MI. Update on the new classification of hepatic adenomas: clinical, molecular, and pathologic characteristics. Arch Pathol Lab Med 2014; 138(8): 1090-7.
7. Stoot JH, Coelen RJ, De Jong MC, Dejong CH. Malignant transformation of hepatocellular adenomas into hepatocellular carcinomas: a systematic review including more than 1600 adenoma cases. HPB (Oxford) 2010; 12(8): 509-22.
8. van Aalten SM, Witjes CD, de Man RA, Ijzermans JN, Terkivatan T. Can a decision-making model be justified in the management of hepatocellular adenoma? Liver Int 2012; 32(1): 28-37.

Solicitud de sobretiros:

Dra. Scherezada María Isabel Mejía-Loza
Servicio de Gastroenterología,
Hospital Juárez de México,
Secretaría de Salud.
Av. Instituto Politécnico Nacional Núm. 5160,
Col. Magdalena de las Salinas, C.P. 07760,
Del. Gustavo A. Madero, Ciudad de México.
Tel.: 57477560, ext. 7223
Correo electrónico: daan1102@hotmail.com