

CASO CLÍNICO

Hiperplasia nodular focal hepática

Hepatic focal nodular hyperplasia

Raúl Perdomo¹, Mauricio Pontillo², Gabriel Massaferró³, Gustavo Rodríguez Temesio⁴

DOI: 10.31837/cir.urug/4.2.1

Recibido: 03 de junio de 2019
Aceptado: 26 de mayo de 2020

Resumen

La Hiperplasia Nodular es una lesión hepática tumoral benigna infrecuente, que afecta generalmente a mujeres jóvenes. Cursa de forma asintomática por lo que su presentación habitualmente es un hallazgo imagenológico. Su manejo es expectante en la mayoría de los casos.

El objetivo de este artículo es la exposición de un caso clínico cuya presentación y resolución fueron atípicas.

Palabras clave: Tumores hepáticos, tumores benignos

Abstract

Nodular Hyperplasia is an infrequent benign liver tumor, which generally affects young women. It is asymptomatic, so its presentation is usually an imaging finding. Its management is expectant in most cases.

The objective of this article is to present a clinical case whose presentation and resolution were atypical.

Key words: Liver tumors, benign tumors

¹Asistente (interino) Clínica Quirúrgica “2”, Hospital Maciel, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay raulperdomo7@gmail.com

²Prof. Adjunto Clínica Quirúrgica “2” Hospital Maciel, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

³Prof. Adjunto (interino) Clínica Quirúrgica “2” Hospital Maciel, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

⁴Prof Clínica Quirúrgica “2” Hospital Maciel, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

Los tumores hepáticos benignos son lesiones regenerativas y neoplásicas que suelen cursar asintomáticas, siendo su diagnóstico incidental. ⁽¹⁻³⁾

La Hiperplasia Nodal Focal (HNF) es poco habitual, se presenta como la neoplasia benigna más frecuente luego del hemangioma y el adenoma hepático. ^(3,4)

La (HNF) cursa de forma asintomática aunque puede presentar síntomas inespecíficos. ⁽⁵⁾

Su manejo es expectante en la mayoría de los pacientes sin embargo en nuestra paciente requirió resección quirúrgica. ⁶

Mujer 46 años, meretriz. Alcohólica, fumadora. Sobrepeso.

Cuadro de dos meses de evolución dado por dolor gravativo en hipocondrio derecho que calma con analgésicos.

Niega otra sintomatología. Examen físico normal.

Ecografía de abdomen: nódulo sólido en el lóbulo derecho del hígado de 10x11 cm.

En lo humoral crisis, hepatograma y marcadores tumorales; CEA, ALFA FETO PROTEINA, CA 19.9, CA 125 normales.

Tomografía de abdomen (TC): lesión parenquimatosa expansiva de contornos algo irregulares y densidad heterogénea que casi sustituye todo el lóbulo derecho.



Fig. 1: Imagen de la tomografía de la paciente que involucra el sector medio de la tumoración.

Visto que se diagnosticó como HNF sintomática se procedió a la hepatectomía derecha reglada sin más medidas diagnósticas previas como la punción biopsica.

La cirugía transcurrió sin incidentes obteniendo una tumoración de unos 13 cm de eje mayor (Fig. 2)



Fig. 2 *Sección transversal de la pieza operatoria.*

En el postoperatorio presentó falla hepática leve-moderada con buena evolución, alta a los 25 días en buenas condiciones.

En el estudio anatómo-patológico (Fig. 3) se definió el diagnóstico HNF más esteatosis hepática alcohólica.

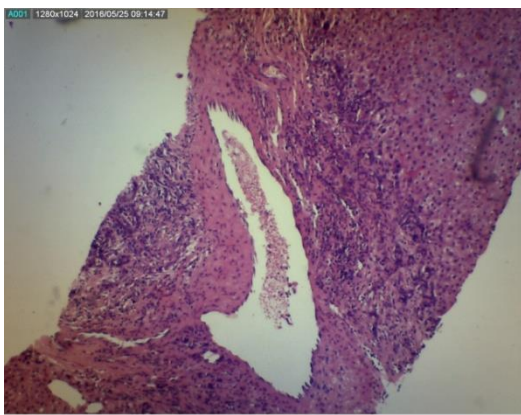


Fig. 3: *Imagen del estudio anatomopatológico cedida por la Dra Elisa Laca*

La HNF es el segundo tumor hepático benigno más frecuente⁷.

Su prevalencia es del 0,03% con una predominancia mujer: hombre de 8:1, con una presentación media entre los 35 y 50 años.⁸

Se presenta en dos categorías morfológicas, la clásica tipo sólido con el 70% de los casos conformado por una cicatriz central, con células hepáticas policlonales, las formas no clásicas, entre las que se encuentran la variedad telangiectásica con células hepáticas monoclonales que simulan neoplasias y la variedad mixta que es la menos frecuente.⁹

La mayoría son tumores solitarios de predominio en lóbulo hepático derecho, como en nuestra paciente. En un 20% son múltiples¹⁰

La HNF usualmente es un hallazgo incidental pero en algunos casos puede presentar sintomatología inespecífica como masa palpable, hepatomegalia o dolor como en nuestra paciente.

El perfil hepático y los marcadores tumorales no presentan alteraciones.⁽¹⁰⁾

La HNF parece ser el resultado de una respuesta hiperplásica de las células hepáticas a la hipoxia, ya sea por malformaciones arteriales o isquemia venosa portal. Si bien es una enfermedad benigna tiene el potencial de crecimiento en tamaño hasta en el 10% de los pacientes con un seguimiento a nueve años.

Microscópicamente la HNF presenta parénquima hiperplásico nodular, con nódulos redondeados por septos fibrosos, bordes completos e incompletos.

La característica principal del tipo sólido es la cicatriz central con presencia de vasos mal formados de varios calibres, la mayoría largos y tortuosos con fibrohiperplasia intimal o muscular y proliferación de ductos biliares.

No hay registros de transformación maligna y el riesgo de sangrado es remoto.

La HNF normalmente es detectada incidentalmente 74% de los casos^(9,10)

En la ecografía se observa una masa redonda hipoeoica o hiperecoica comparado con el parénquima hepático. El Doppler puede detectar la cicatriz central de la lesión.

La TC evidencia una lesión isodensa o levemente hipodensa con una cicatriz central hipodensa.

En la fase arterial la lesión se muestra hiperdensa con la cicatriz central hipodensa lo que la contrasta.

En la fase venosa portal se convierte en una lesión isodensa al resto del parénquima hepático.

En las fases tardías la cicatriz central puede tornarse hiperdensa por la distribución del contraste en el estroma fibroso.

Las características tomográficas pueden determinar correctamente el diagnóstico de hiperplasia nodal focal en el 78%.

La Resonancia Magnética (RM), evidencia una lesión isointensa o hipointensa con respecto al parénquima hepático normal en las imágenes T1 y levemente hiperintensas o isointensa en las imágenes T2. Debido a la hipervascularización la cicatriz central es hipointensa en las imágenes T1 e hiperintensa en las imágenes T2.

La exactitud diagnóstica de la RM sola, es sólo del 22%, sin embargo, luego de la administración de gadolinio en la fase arterial, venosa y tardía, su exactitud diagnóstica es del 95%.

Cuando las características de las imágenes ya sea por TCMD o RM, son categóricas, no se requiere de ningún otro examen de confirmación como por ejemplo anatomía patológica, ya que la correlación imagen-histología es tan alta que la biopsia se reserva sólo a casos muy puntuales

Para definir su manejo hay que tener en cuenta que su evolución no guarda relación con el hepatocarcinoma y que las complicaciones son infrecuentes, por lo tanto en pacientes asintomáticos lo recomendable es la abstención quirúrgica con controles clínicos e imagenológicos.

Una vez definida la cirugía la resección debe ser lo más conservadora posible⁶

Se destacan algunas particularidades de la presentación clínica de esta paciente como es el gran tamaño ya que estas lesiones en general no superan los 5 o 6 cm lo que la cataloga como una HNF gigante.

Por otro lado se presentó con dolor siendo habitualmente asintomáticas. Finalmente, el tratamiento requirió una hepatectomía mayor lo que no suele ser necesario.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. International working party. Terminology of nodular hepatocellular lesions. *Hepatology* 1995; 22:983-93.
2. Wasif N, Sasu S, Conway WC, Bilchik A Focal Nodular Hyperplasia: Report of an Unusual Case and Review of the Literature. *Am Surg* 2008; 74:1100-3.
3. Weimann A, Ringe B, Klempnauer J, Lamesch P, Gratz K F, Prokop M, et al. Benign liver tumors: differential diagnosis and indication for surgery. *World J Surg* 1997; 21:983-90.
4. Sadowski D, Lee S, Wanless I, Kelly J, Heathcote E. Progressive type of focal nodular hyperplasia characterized by multiple tumors and recurrence. *Hepatology* 1995; 61:210-4
5. Burgio MD, Ronot M, Salvaggio G, Vilgrain V, Brancatelli G. Imaging of Hepatic Focal Nodular Hyperplasia: pictorial review and diagnostic strategy. *Seminars in Ultrasound*, 2016; 08.001
6. Rodríguez G, Estefani A, Montano D, Almeida I. Hiperplasia nodular focal hepática. Aspectos diagnósticos y terapéuticos. *Cir. Urug* 1996; 66:54-6
7. Horta G, López M, Dotte A, Cordero J, Chesta C, Castro A. Lesiones focales hepáticas benignas: un hallazgo frecuente a la tomografía computada. *Rev Med Chile* 2015; 143:197-202.
8. Bioulac-Sage P, Rebouissou S, Da Cunha A. Clinical, morphologic, and molecular features defining so-called telangiectatic focal nodular hyperplasias of the liver. *Gastroenterology* 2005; 128:1211-8.
9. Buscarini E, Danesino C, Plauchu H. High prevalence of hepatic focal nodular hyperplasia in subjects with hereditary hemorrhagic telangiectasia. *Ultrasound Med Biol* 2004; 30:1089-97.
10. Nguyen BN, Flejou JF, Terris B. Focal nodular hiperplasia of the liver: a comprehensive pathologic study of 305 lesions and recognition of new histologic forms. *Am J Surg Pathol* 1999; 23:1441-54.