



ADENOMA HEPÁTICO EN ADOLESCENTE

Alcoba García LM, González-Herráez L, Diago Santamaría MV, Canseco Fernández R, Muínelo Lorenzo M.

Servicio de Cirugía General y de Digestivo. Complejo Hospitalario de León

RESUMEN

Los adenomas hepáticos son una patología con baja incidencia, asociada a mujeres jóvenes y a la toma de anticonceptivos orales. Son tumores asintomáticos, cuya mayor complicación es el riesgo de rotura que produce un hemoperitoneo; por lo que el tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica además de la supresión de la toma de anticonceptivos.

PALABRAS CLAVE:

Adenoma hepático, rotura adenoma, anticonceptivos orales.

INTRODUCCIÓN

Los adenomas hepáticos son poco frecuentes. Se asocian a mujeres jóvenes que toman anticonceptivos orales (ACHO), con una relación de 3:1 respecto a varones en los que se asocian a la ingesta de anabolizantes esteroideos¹⁻³.

Su aparición depende del tiempo de ingesta de ACHO (mayor riesgo a partir de 4 años), de la concentración de estrógenos, la edad de la paciente (más de 30 años) y de la predisposición genética⁴⁻⁶. Son tumores asintomáticos, se encuentran de forma casual en alguna prueba de rutina (incidentaloma). Si dan clínica suele ser dolor abdominal difuso o en hipocondrio derecho, asociado a náuseas, vómitos y fiebre en un 25%, masa abdominal en un 25%⁴.

Cuando se complican pueden cursar con sangrado por rotura dando dolor, hematoma intrahepático, hemoperitoneo y shock. Los adenomas hepáticos son lesiones grandes hipervascularizadas, heterogéneas y con pseudocápsula que se diagnostican por ecografía abdominal, TC o RM. Raramente degeneran a tumores

malignos, si bien, existen casos aislados en la literatura⁷⁻⁸. El diagnóstico diferencial se hará con otros tumores hepáticos, hiperplasia nodular focal, hepatocarcinoma y metástasis⁴.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica mediante enucleación, resección o trasplante hepático (tumor central o si no es factible la resección quirúrgica), siendo infrecuentes las recidivas. Si existiera sangrado del adenoma y las condiciones del paciente lo permitieran, estaría indicada la embolización previa a la cirugía electiva. Lo principal en esta patología es suspender la toma de ACHO⁷.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 16 años en tratamiento con gestágenos por alteraciones menstruales desde hace 13 meses, que acude al servicio de urgencias enviada por su médico de atención primaria por tumoración abdominal de crecimiento progresivo desde hace 4 años.

A la exploración abdominal se objetiva una masa fija de 10 cm que ocupa vacío-hipocondrio derecho y consistencia dura. Hemograma y bioquímica normal excepto GOT: 41, GPT: 44, FA: 150 y GGT: 12. Ecografía abdominal informada como masa sólida en vacío derecho de 10 cm, homogénea. TC que describe una masa de 9,5 cm bien delimitada, hipodensa, con vascularización periférica, con zona central más hipodensa en contacto con segmento hepático V. Porta y suprahepática engrosadas. RM hepática masa de gran tamaño (11x10x8), encapsulada, bien definida, sólida con grasa y alguna zona hemorrágica, abomba la pared anterior del abdomen, contacta con la parte más inferior del segmento V hepático.

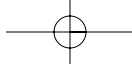
La paciente es intervenida quirúrgicamente a través de incisión subcostal derecha, observando masa bien delimitada de aproximadamente 9 cm de diámetro, encapsulada y bien vascularizada dependiente de los segmentos IV y V. Se realiza resección tumoral con colecistectomía y resección hepática atípica en bloque de segmentos IVB y V con bordes macroscópicamente libres. Anatomía Patológica informada como tumoración sólida bien delimitada encapsulada que pesa 525 g y mide 11x10x9.5 cm compatible con adenoma hepatocelular que respeta el borde quirúrgico de resección. Evolución en el postoperatorio sin complicaciones. Revisión a los 6 meses estando la paciente asintomática, analítica normal y ecografía abdominal sin hallazgos patológicos.

DISCUSIÓN

La media de tiempo de ingesta de ACHO asociado a los adenomas es de 25 meses⁸. Si bien en la paciente presentada su ingesta es de 13 meses, la asociación de otros

CORRESPONDENCIA:

Luis Miguel Alcoba García
c/ Cruz Roja de León 1, 1-C • 24008 León
mimileon@hotmail.com
Tel.: 626 689 337



factores descritos previamente, predispone al crecimiento del adenoma así como a la posibilidad de complicaciones del mismo⁶.

La supresión de ACHO es primordial ya que en ciertos casos está relacionada con una disminución del tamaño tumoral, con la consecuente disminución del riesgo de complicaciones⁹. Sin embargo en la mayoría de los casos la regresión no es total y precisa de tratamiento quirúrgico, consistente en la exéresis del mismo¹⁰.

La complicación más grave es la rotura del adenoma con el consecuente hemoperitoneo que puede llegar hasta el 31%⁵. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica dadas las graves complicaciones, así como por la excepcional, pero descrita, transformación maligna del adenoma⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Merlo J. *Ginecología*. En: 7ª ed Masson Barcelona 1997; Cap 30, p 573-81.
2. Solís Herruzo JA, Muñoz Yagüe MT. *Hepatopatías por tóxicos y medicamentos*. En: *Medicina Interna Farreras* 13ª ed Madrid 1995; p 323-8.
3. Dourakis SP, Tolis G. *Sex hormonal preparations and the liver*. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 1998; 3(1): 7-16.
4. Casanova D. *Guía clínica de la Asociación Española de Cirujanos*. En: *Cirugía Hepática*. Cap 7: *Tumores Benignos del Hígado*. Madrid 2004; p 133-5.
5. Garrido A, Rodríguez MJ, Martínez MJ, Ortega JA, Lobato A. *Giant hepatic adenoma not associated with oral contraceptives intake*. *Gastroenterol Hepatol* 2003; 26(10): 665-6.
6. Huguet JM, Cors R, Bort I, Rodríguez E, Carbonell P, González C, et al. *Adenoma hepático gigante en varón de 64 años*. *Rev Esp Enferm Dig* 2006; 98(1): 57-8.
7. *Manual Merck disponible en: http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_10/seccion_10_120.html*.
8. Ruiz López D, Sánchez Salvador J, Fernández Martín C, Antón Díaz E. *Hepatic adenoma related to oral contraceptives use*. *Aten Primaria* 2005; 35(2): 109-10.
9. Aseni P, Sansalone CV, Sammartino C, Benedetto FD, Carrafiello G, Giacomoni A, et al. *Rapid disappearance of hepatic adenoma after contraceptive withdrawal*. *J Clin Gastroenterol* 2001; 33(3): 234-6.
10. Tajada M, Nerin J, Ruiz MM, Sánchez-Dehesa M, Fabre E. *Liver adenoma and focal nodular hyperplasia associated with oral contraceptives*. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2001; 6(4): 227-30.

