MASA HEPÁTICA DOLOROSA SOBRE HÍGADO SANO COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE CARCINOMA HEPATOCELULAR

PAINFUL LIVER MASS ON HEALTHY LIVER AS ATYPICAL PRESENTATION OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA

M. Puya-Gamarro, A.J. Arias-Romano, S.A. Rodríguez-Lobalzo, N. Fernández-Moreno, J.M. Rosales-Zabal

Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

Resumen

El carcinoma hepatocelular (CHC) es el tumor maligno primario más frecuente del hígado. Se desarrolla sobre hígados cirróticos hasta en el 80% de los casos, apareciendo en un 20% sobre hígados sanos o con hepatopatía crónica no cirrótica. Presentamos el caso de una paciente de 69 años con una masa hepática de grandes dimensiones, cuyo diagnóstico preoperatorio fue de adenoma hepático. La paciente fue intervenida realizándose resección atípica, y el resultado anatomopatológico fue de hepatocarcinoma pseudoglandular variante no fibrolamelar. Lo característico de nuestro caso, radica en que la paciente no presentaba ninguna hepatopatía de base, con serologías negativas a virus hepatotropos, sin síndrome metabólico asociado y sin antecedentes de hábitos tóxicos o tratamientos hormonales, por lo que ya fuera un carcinoma hepatocelular primario, o secundario a la malignización de un adenoma hepático (HCA) serían opciones infrecuentes, que nos hacen valorar la importancia de incluir el CHC en el diagnóstico diferencial de lesiones hepáticas, en pacientes sin aparentes factores de riesgo para este tipo de tumores.

CORRESPONDENCIA
Marina Puya Gamarro
Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).
marinapuyagamarro@hotmail.com

Fecha de envío: 28/02/2018
Fecha de aceptación: 10/03/2018

Palabras clave: carcinoma hepatocelular, adenoma hepatocelular, hígado sano.

Abstract

Hepatocellular carcinoma (HCC) is the most common primary malignant tumour of the liver. It develops on cirrhotic livers in up to 80% of cases, appearing in 20% of healthy livers or with chronic non-cirrhotic liver disease. We present the case of a 69 year old patient with a large hepatic mass whose preoperative diagnosis was of hepatic adenoma. The patient underwent surgery with atypical resection, and the pathological outcome was pseudoglandular hepatocarcinoma, a non-fibrolamellar variant. The characteristic of our case is that the patient did not present any basic liver disease, with negative serologies to hepatotropic viruses, no associated metabolic syndrome and no history of toxic habits or hormonal treatments. So regardless of wether it was a primary hepatocellular carcinoma or secondary to the malignancy of an hepatocellular adenoma (HCA) they would be infrequent options, making us assess the importance of including HCC in the differential diagnosis of hepatic lesions in patients with no apparent risk factors for this type of tumour.

Keywords: hepatocellular carcinoma, hepatocellular adenoma, healthy liver.

Introducción

El carcinoma hepatocelular(CHC) es el tumor hepático maligno primario más frecuente. La mayoría asienta sobre hígados cirróticos (80%) o con hepatopatía crónica[2] y una minoría afecta a hígados sanos, en los que el origen puede ser primario, o surgir de un adenoma que ha sufrido una degeneración.

Presentamos el caso de una paciente con una gran masa hepática sin evidencia de enfermedad hepática crónica.

Caso clínico

Mujer de 69 años valorada en Digestivo por epigastralgia de meses de evolución. Como antecedentes presentaba hipertensión arterial. Negaba hábitos tóxicos y antecedentes familiares digestivos.

En la exploración física presentaba una gran masa dolorosa, de consistencia pétrea en hipocondrio derecho.

Analíticamente destacaba: aspartato aminotransferasa (AST) y alanino aminotransferasa (ALT) 110 U/L, gamma glutamil transpeptidasa (GGT) y bilirrubina total normales; fosfatasa alcalina 132 U/L. Lactato deshidrogenasa, colesterol, triglicéridos e iones normales. Serología de virus hepatotropos y marcadores tumorales, incluida alfa-fetoproteína (AFP) negativos. Hierro, ferritina, anticuerpos antinucleares y ceruloplasmina en suero normales.

Realizamos ecografía abdominal, en la que observamos lesión nodular heterogénea en segmento hepático V, sin datos ecográficos de hepatopatía crónica. Dado los hallazgos, solicitamos un TC toracoabdominal, apreciando hígado radiológicamente normal, con masa heterogénea de 10x11x8,7 cm, hipervascular, que captaba contraste, en la periferia del segmento hepático V, sugestiva de adenoma hepático como primera posibilidad **(Figura 1)**.

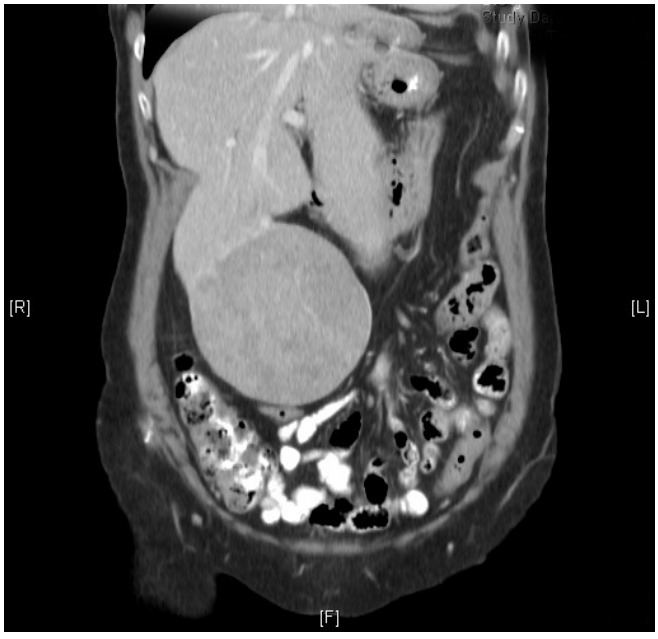


Figura 1

Masa heterogénea de 10x11x8,7 cm, hipervascular, con captación de contraste, en la periferia del segmento hepático V.

Dado su gran tamaño, decidimos intervención quirúrgica, realizándose colecistectomía y exéresis en bloque de la lesión.

El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica informaba de hepatectomía atípica derecha con neoplasia hepatocitaria bien delimitada, parcialmente encapsulada, de 10 cm, con patrón pseudoglandular **(Figura 2)**.



Figura 2

Neoplasia bien delimitada, parcialmente encapsulada, con patrón pseudoglandular difuso y áreas macrotrabeculares focales, con pérdida de la trama de reticulina.

El estudio inmunohistoquímico demostró antígeno hepatocitario específico positivo, Glypican-3 y AFP negativos. El hígado no tumoral incluido en la pieza presentaba esteatosis macrovesicular grado I, sin signos de esteatohepatitis ni fibrosis. En resumen, CHC bien diferenciado grado II de Edmondson con patrón pseudoglandular, sobre hígado sin datos de hepatopatía crónica **(Figura 3)**.

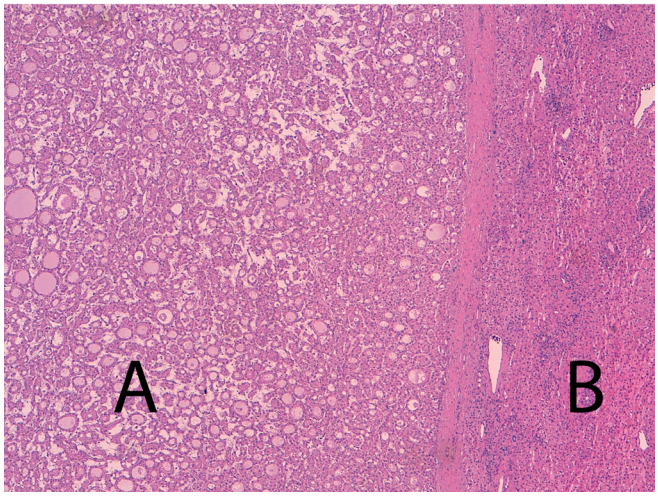


Figura 3

Imagen microscópica (4x): (A) Proliferación hepatocitaria con atipia leve con patrón pseudoglandular. (B) Transición bien delimitada, sin signos de infiltración estromal, con parénquima hepático no neoplásico que no presenta signos de esteatohepatitis ni fibrosis.

La paciente continúa en seguimiento sin datos de recidiva en dos años.

Discusión

El CHC es el tumor maligno primario más frecuente del hígado. Generalmente se desarrolla en el contexto de cirrosis o inflamación crónica. Los principales factores de riesgo son la infección crónica por el virus de la hepatitis B o C, la cirrosis alcohólica y la enfermedad del hígado graso no alcohólica[3].

En comparación con el CHC cirrótico, este tumor sobre hígado sano, tiene algunas peculiaridades: menor preponderancia masculina y distribución de edad bimodal con picos en la segunda y séptima décadas; estadio tumoral más avanzado al diagnóstico; niveles normales de AFP (31-67% de los casos); mayor facilidad para la resección hepática, debido al bajo riesgo de insuficiencia hepática, incluso después de una amplia resección; la supervivencia global depende de la carga tumoral (y su recurrencia) y apenas está influenciada por la función hepática[1]. Como podemos observar, características presentes en nuestra paciente.

Otra posibilidad, sería que la lesión se tratase de un adenoma degenerado, ya que este tipo de lesiones se dan sobre hígados sanos. El riesgo de malignidad es particularmente alto para los adenomas con mutaciones del gen de la β-catenina (ß-AHC - aproximadamente el 10-15%). Se asocian más frecuentemente con la glucogenosis tipo 1, tratamiento con anticonceptivos orales u hormonas masculinas a largo plazo y el síndrome de poliposis adenomatosa familiar. Nuestra paciente fue interrogada específicamente sobre el consumo de tratamiento hormonal, que negaba. Los β-AHC, a menudo, muestran atipia citológica y patrón pseudoglandular, siendo muy difícil distinguirlos de un CHC bien diferenciado. Aunque el glipicano-3 es un prometedor marcador para la identificación de CHC, su utilidad está limitada ya que, no puede ser detectado en aproximadamente un tercio de los CHC que se desarrollan en un hígado normal, como podría ser el caso de nuestra paciente[4,5].

Por tanto, se trata de una presentación atípica del CHC, ya sea un CHC primario sobre un hígado no cirrótico, o un adenoma que ha sufrido una degeneración, en una paciente sin aparentes factores de riesgo para ninguna de las dos entidades. Pese al tamaño tumoral, pudo ser resecada por su localización periférica, con evolución satisfactoria.

Con este caso, queremos destacar, la importancia de considerar en pacientes no cirróticos el diagnóstico de CHC, para cualquier masa hepática, que claramente no es un hemangioma o una hiperplasia nodular focal, especialmente si es hipervascular, como la que presentaba nuestra paciente.

Bibliografía

1. Trevisani F, Frigerio M, Santi V, Grignaschi A, Bernardi M. Hepatocellular carcinoma in non-cirrhotic liver: a reppraisal. Digestive and Liver Disease. 2010; 42: 341-347.

2. Casanova-Martínez L, Castillo-Grau P, Jaquotot-Herranz M, Ruiz-Fernández G, Han Eun Jin, Tortajada-Laureiro L, et al. Hepatocellular carcinoma in non-cirrhotic liver. Rev.Esp.Enf.Dig.2012;104:505-506. https://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082012000900016

3. Herath HM, Kulatunga A. Large hepatocellular carcinoma in a non-cirrhotic liver with peritoneal and omental metastasis in a healthy man: a case report. J Med Case Rep. 2017;11(supl 34). http://doi.org/10.1186/s13256-017-1203-9.

4. Kwok WY, Hagiwara S, Nishida N, Watanabe T, Sakurai T, Ida H, et al. Malignant Transformation of Hepatocellular Adenoma. Oncology. 2017;92(supl 1):16-28.

5. Arief Suriawinata, MD. Pathology of malignant liver tumors. http://www.uptodate.com/contents/pathology-of-malignantliver-tumors 2016.