

Adenomatosis hepática múltiple tratada con resección quirúrgica y radiofrecuencia

Multiple liver adenomatosis treated with surgical resection and radiofrequency

La adenomatosis hepática es una entidad poco frecuente que se define como la presencia de 10 o más adenomas sobre un parénquima hepático normal¹. Aunque es una enfermedad benigna, conlleva riesgo de sangrado, sobre todo cuando se trata de adenomas de gran tamaño, de recidiva y de malignización a hepatocarcinoma². El tratamiento es discutido abarcando desde el seguimiento hasta el trasplante hepático. El objetivo de nuestro artículo es aportar un nuevo caso de adenomatosis hepática tratado con resección quirúrgica, que precisó radiofrecuencia en 2 lesiones centrales del lóbulo hepático derecho. Tras 3 años de seguimiento no presenta recidiva de la enfermedad.

Presentamos el caso de una mujer de 42 años, tomadora de anticonceptivos orales (ACO) durante 16 años. Acudió a urgencias por cuadro de dolor epigástrico brusco. En la analítica destacaba un Hto del 29% junto con aumento leve de las enzimas hepáticas (GOT: 71 U/l, GPT: 64 U/l). En la ecografía abdominal se apreció una masa heterogénea de 11 cm en lóbulo hepático izquierdo (LHI) con líquido libre en cavidad. Se realizó TAC encontrando múltiples lesiones hipervasculares con captación irregular de contraste, 5 en lóbulo hepático derecho (LHD) y 5 en LHI, una de ellas de 11 cms con signos de sangrado, que se hacían isodensas al parénquima en fase venosa (fig. 1). Los marcadores tumorales fueron normales y la serología y los anticuerpos irregulares fueron negativos. Se realizó biopsia en su hospital de origen que fue altamente sugestiva de adenoma. Una vez estabilizada la paciente, se trasladó a nuestro centro. Se intervino mediante incisión subcostal bilateral realizando ecografía intraoperatoria en la que se apreciaron 10 lesiones sólidas bilaterales, algunas con contenido ecogénico. Se extirparon 3 lesiones del LHD de mayor



Figura 1 - Adenomatosis hepática. Adenoma en LHI con signos de sangrado.

tamaño y se realizó lobectomía izquierda extirpando 5 lesiones del LHI. Las 2 lesiones restantes, una central en el LHD de 2 cm y otra próxima a la vena suprahepática derecha de 1,5 cm, se trataron con radiofrecuencia. Tanto la biopsia intraoperatoria como la anatomía patológica definitiva informaron de benignidad siendo compatible con adenomatosis hepática. La paciente evolucionó favorablemente siendo dada de alta el sexto día postoperatorio estando en remisión completa de la enfermedad a los 3 años de seguimiento (fig. 2 en la que se aprecia la necrosis de la lesión y el resto del parénquima sin recidiva).

La adenomatosis hepática es una entidad descrita por Flejou en 1985³, de la que se recogen 81 casos en la literatura, apareciendo en el 10-24% de los pacientes con adenoma hepático¹. El origen es controvertido y, a diferencia de los adenomas solitarios, su relación con la toma de ACO, los esteroides androgénicos o la glucogenosis tipo I es incierta, aunque en nuestro caso sí existió el antecedente de ingesta de ACO².

El tratamiento es controvertido. En los casos en los que debuta como hemorragia importante se debe realizar tratamiento urgente, bien con cirugía o embolización arterial en función de la estabilidad del paciente. En los casos en los que la enfermedad esté estable, el tratamiento abarca desde la observación hasta el trasplante⁴⁻⁷.

La resección hepática se postula como el tratamiento adecuado por la mayoría de autores. La clínica Mayo recomienda la exéresis profiláctica en lesiones > 4 cm, debido a su riesgo de sangrado, y la observación cuando son menores de



Figura 2 - TAC de control a los 3 años de seguimiento donde se observa la necrosis (flecha) tras la radiofrecuencia en una de las lesiones residuales.

este tamaño⁷. De los 81 casos recogidos en la literatura, el sangrado apareció en el 18% de los casos y 2 pacientes fallecieron por hemorragia intraperitoneal. El principal inconveniente de la resección hepática, es que en la mayoría de los casos la extirpación total de la enfermedad es imposible ya que suele ser bilobar y es necesario respetar el volumen residual mínimo para el buen funcionamiento del órgano. Otro inconveniente es la recidiva de la enfermedad tras la resección pudiendo precisar de varias intervenciones quirúrgicas. Con el fin de tratar toda la enfermedad, algo que en pocas ocasiones se consigue con la resección quirúrgica aislada, han aparecido diversas combinaciones de tratamiento. Una de ellas es el uso de la quimioembolización intrarterial⁸ de las lesiones, bien para facilitar la resección hepática, en casos de sangrado agudo, o cuando las lesiones se consideran irreseccables.

En nuestro caso, tras la resección quirúrgica de 8 de las lesiones, se optó por el tratamiento con radiofrecuencia de las 2 restantes debido a su localización central en el LHD y a su tamaño menor de 2 cm. En la literatura está descrita la radiofrecuencia como una técnica que, en caso de otro tipo de tumores, obtiene una necrosis coagulativa completa. Su uso en los adenomas hepáticos actualmente no está descrito.

Considerado como la única opción terapéutica potencialmente curable, el trasplante hepático⁸⁻¹⁰, se indica exclusivamente en formas agresivas de la enfermedad con síntomas severos o degeneración a hepatocarcinoma⁶. Aun así, no hay que olvidar que el trasplante en sí conlleva la aparición de complicaciones como la aparición de tumores de novo por la inmunosupresión, hipertensión arterial, insuficiencia renal, etc. De los 17 casos recogidos en la literatura de pacientes trasplantados por adenomatosis hepática, en 3 de ellos apareció degeneración a un hepatocarcinoma, falleciendo 2 por recidiva del tumor tras el trasplante y otro por complicaciones en el postoperatorio. Por tanto, actualmente la indicación de trasplante es controvertida y quizá es necesario agotar otras formas terapéuticas para el tratamiento de la adenomatosis hepática.

Tras un seguimiento de 36 meses, nuestra paciente continúa sin recidiva de la enfermedad. Aun así, es necesario un mayor seguimiento para valorar la eficacia de las técnicas

utilizadas en el manejo de la adenomatosis hepática, con el fin de consensuar criterios a la hora del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reeta V, Deha E, Wilmar de G, Fiebo ten K, Cansen Peter LM. Liver adenomatosis: re-evaluation of a etiology and management. *Liver Int.* 2008;409-508.
2. Ludger B, Tait IS. Liver cell adenoma and liver cell adenomatosis. *HPB.* 2005;7:186-96.
3. Flejou JF, Barge J, Menu Y, Degott C, Bismuth H, Potet F, et al. Liver adenomatosis. A entity distinct from liver adenoma? *Gastroenterology.* 1985;89:1132-8.
4. Belghiti J, Pateron D, Panis Y, Vilgrain V, Flejou JF, Benhamou JP, et al. Resection of presumed benign liver tumours. *Brit J Surg.* 1993;80:380-3.
5. Mueller J, Keeffe EB, Esquivel CO. Liver transplantation for treatment of giant hepatocellular adenomas. *Liv Transpl Surg.* 1995;1:99-102.
6. Chiche L, Dao T, Salame E, Galais MP, Bouvard N, Schmutz G, et al. Liver adenomatosis: reappraisal, diagnosis, and surgical management: eight new cases and review of the literature. *Ann Surg.* 2000;231:74-81.
7. Ribeiro A, Burgart LJ, Nagorney DM, Gores GJ. Management of liver adenomatosis: results with a conservative surgical approach. *Liver Transpl Surg.* 1998;4:388-98.
8. Lee Sang Hoon, Hahn Seong Tai. Treatment of Multiple Hepatic Adenomatosis Using Transarterial Chemoembolization. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2004;27:563-5.
9. Foster JH, Berman MM. The malignant transformation of liver cell adenomas. *Arch Surg.* 1994;129:712-7.
10. Grazioli L, Federle MP, Ichikawa T, Balzano E, Nalesnik M, Madariaga J. Liver adenomatosis: clinical, histopathologic, and imaging findings in 15 patients. *Radiology.* 2000;216:395-402.

Caridad Marín Hernández*, Ricardo Robles Campos, Asunción López Conesa y Pascual Parrilla

Unidad de Cirugía Hepática y Trasplante Hepático, Departamento de Cirugía, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca el Palmar, Murcia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cariki@ono.com (C. Marín Hernández).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.12.006

Influencia de la edad en el tratamiento quirúrgico del síndrome de Lynch

Influence of age on the surgical treatment of lynch syndrome

El síndrome de Lynch (SL) es una enfermedad hereditaria que predispone al cáncer colorrectal (CCR) y a otro tipo

de tumores a una edad más temprana debido a la presencia de mutaciones de los genes reparadores de bases desapareadas