

MÁSTER EN HEPATOLOGÍA

UAM
Universidad Autónoma
de Madrid

 Universidad
de Alcalá

Asignatura: Hepatocarcinoma

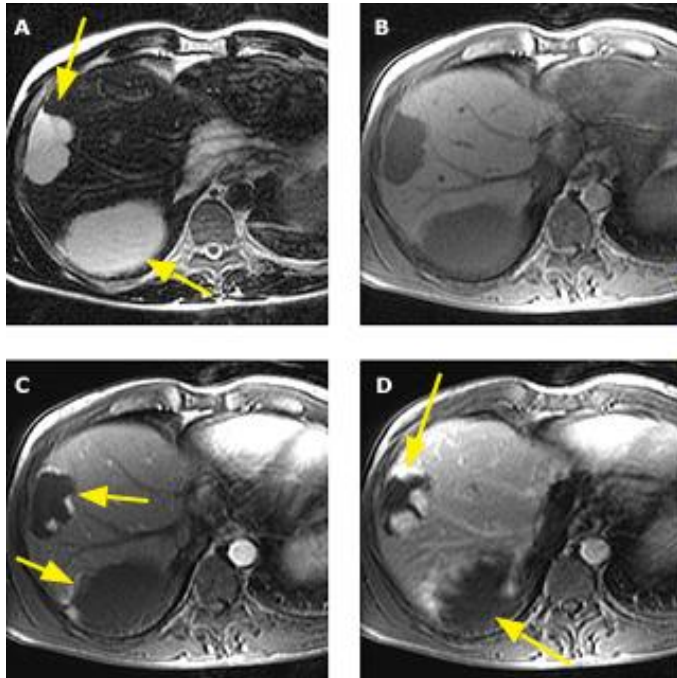
“Lesiones tumorales benignas del hígado:
HNF, Adenoma, hemangioma gigante”

Agustín Albillos

Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS,
Universidad de Alcalá, CIBERehd, Madrid

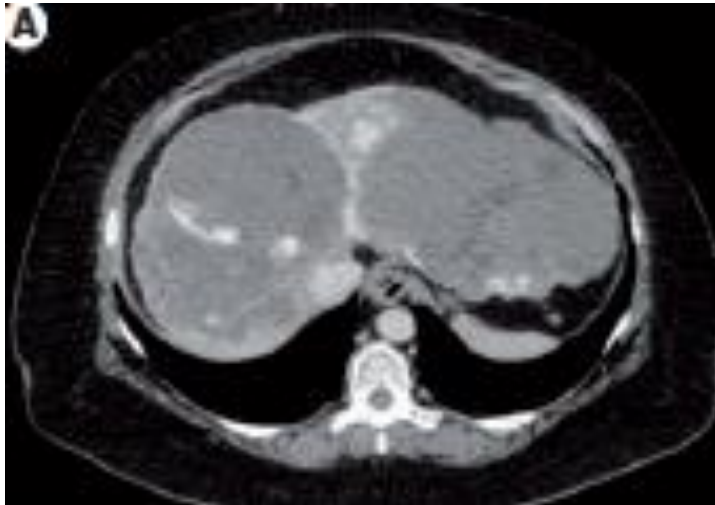
Hemangioma hepático

- Tumor hepático benigno más frecuente
Prevalencia 3-20%
- 5ª década, ♀:♂ 5:1
- 90% estables, incluso >5 cm
- **Imagen típica en US:**
 - Masa homogénea, hiperecoica, <3 cm, hiperacústica, bordes bien definidos
 - Atípicos (25%) más frecuentes:
 - gigantes (>5 cm)
 - hemangiomas llenado rápido
- **Confirmación con MRI:**
 - 90% sensibilidad y especificidad
 - Ecografía con hallazgos atípicos
 - Cirrosis o neoplasia extrahepática
- **Seguimiento:**
 - <2-5 cm? repetir imagen 6-12 m
 - no seguimiento, si no hay variación

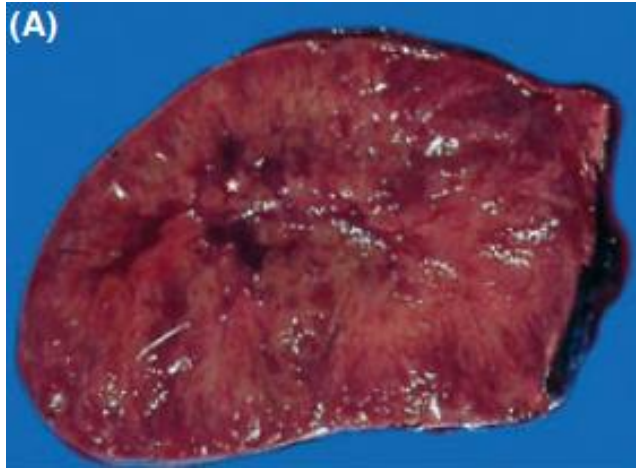


Hemangioma hepático gigante

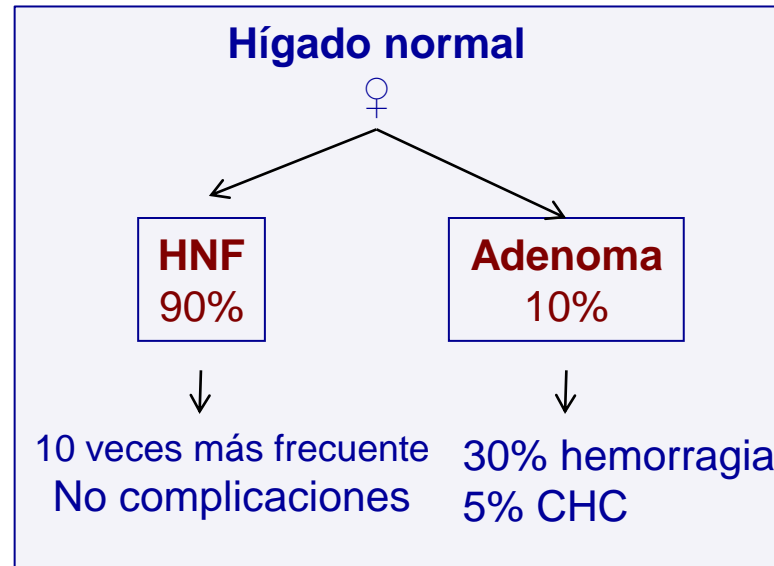
- >5 cm
- 80% asintomáticos
 - 20% dolor abdominal crónico/agudo (distensión Glisson, infarto, hemorragia)
 - 1-4% rotura intraperitoneal
- Síndromes:
 - **Kasabach-Merritt** (lesión vascular hepática asociada a plaquetopenia, coagulopatía de consumo y púrpura)
 - **Borrmann**, sind. inflamatorio por trombosis focal
- Complicaciones infrecuentes, tamaño estable
Seguimiento por imagen anual
- Tratamiento **si** síntomas evidentes como KSM
Embolización transarterial, (corticoides o vincristina)
antes que enucleación/(resección)



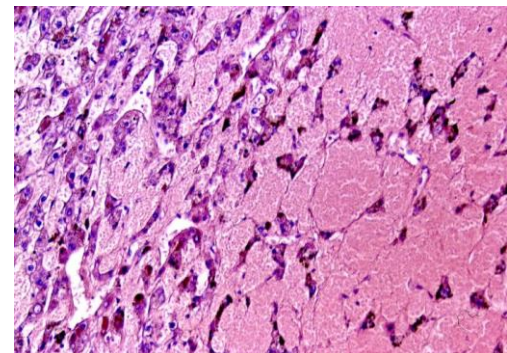
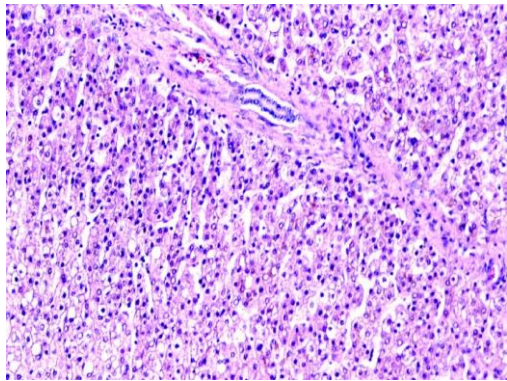
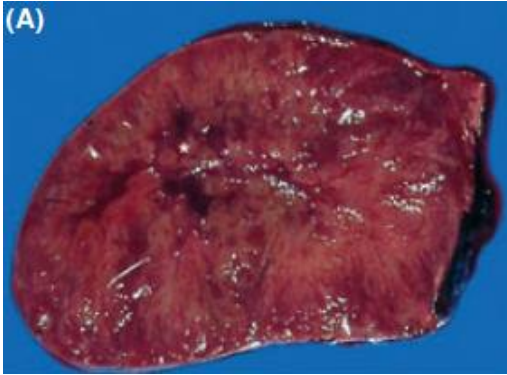
Tumores hepatocelulares benignos



- Adenoma hepático (HCA)
Hiperplasia nodular focal (FNH)
- Predominio en ♀
- Proliferación de hepatocitos en hígado "normal"
- Prevalencia de adenoma \downarrow x10 que hemangioma o FNH



Adenoma hepatocelular (HCA)



- Histología:
 - Proliferación monoclonal de hepatocitos bien diferenciados en lámina y cordones
 - Separados por sinusoides
 - Ausencia espacios porta, conductos biliares, KC
- Predominio en ♀, 1:10 (→ *no exclusivo de ♀*)
- Edad media, 40 a (→ *cualquier edad*)
- Relación con uso prolongado de ACO, dosis-dep (ACO RR x1.3 si 3 años, x2 si >10 años bajos en estrógenos RR x1.5-3) (→ *otros factores de riesgo*)
- 50% sintomáticos, “molestia abdominal” 50%
60% sintomáticos hemorragia intra/peritumoral
- 30% hemorragia
5% transformación maligna

Subtipos de adenoma hepatocelular

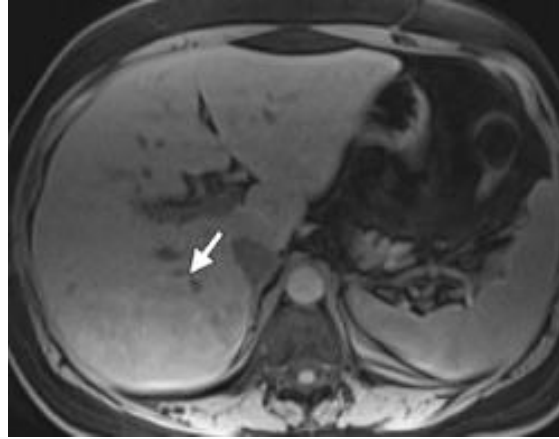
	“Inflamatorio” (I-HCA)	“Esteatósico” Mut gen HNF-1α (H-HCA)	Mutación gen β-catenina
Epidemiología	50% Mayoría ♀, raro ♂ ACO >90%	30-40% Exclusivo ♀ ACO >90%	10-15% ♀ y ♂
Asociación	Obesidad/sind metabólico, alcohol	Adenomas múltiples Diabetes MODY-3	Andrógenos (Fanconi, atletas, ovario poliquístico)
Clínica	Hemorragia 30% Deg maligna <9% Sind inflamatorio * Mayor riesgo de hemorragia	Hemorragia rara Deg maligna NO!! Mínimo riesgo de complicaciones si <5 cm	Deg maligna 10-15% Mayor riesgo de malignización
Patología	Dilatación sinusoidal /peliosis, arterias tortuosas/distróficasinfiltrado inflamatorio polimorfo IHQ: SAA-2 +, CRP+	Esteatosis difusa Escasa inflamación/peliosis, no espacios porta IHQ: LFABP-	Formaciones pseudoglandulares, atipias NO peliosis/esteatosis IHQ: glutamin sintetasa + nuclear β -catenina +
Imagen ** CT/MRI	Hiperintenso T2 F arterial: hipervascular F venosa/tardía: persiste	Esteatosis difusa (MRI) F arterial: hipervascular F venosa/tardía: no persiste	F arterial: hipervascular F venosa/tardía: lavado

* Sind inflamatorio paraneoplásico: JAK/STAT3 activación, reac fase ag, fiebre, leucocitosis, ↑ **GGT**, ↑ PCR

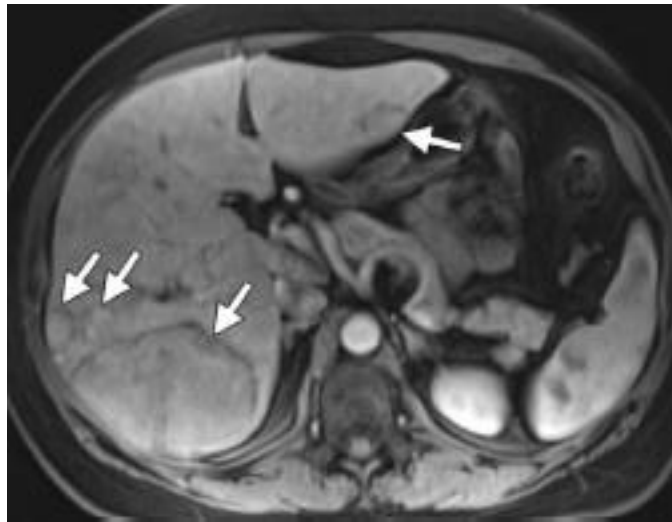
** Características radiológicas principales subtipos: dilatación sinusoidal, esteatosis
MRI 80%



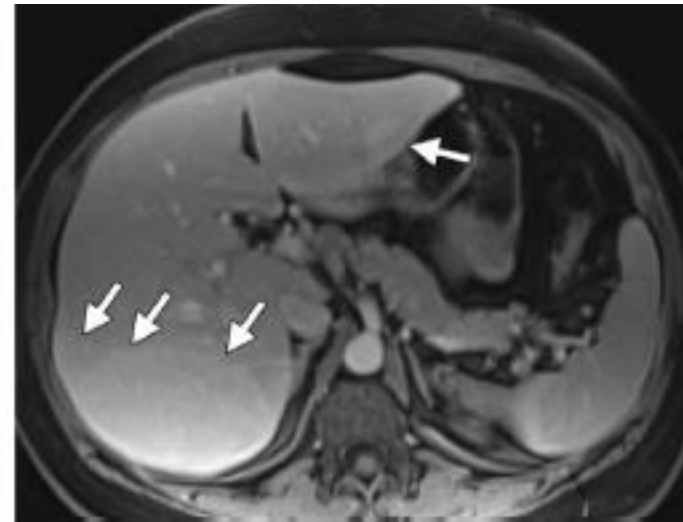
Adenoma inflamatorio



Hiperintensa en T2



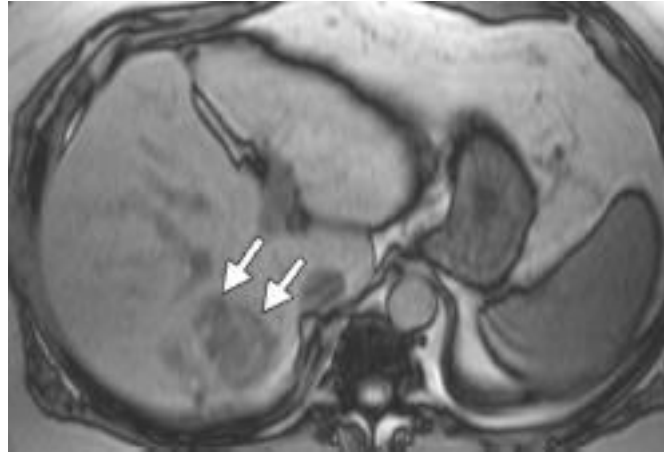
Intensa hipercaptación
en fase arterial



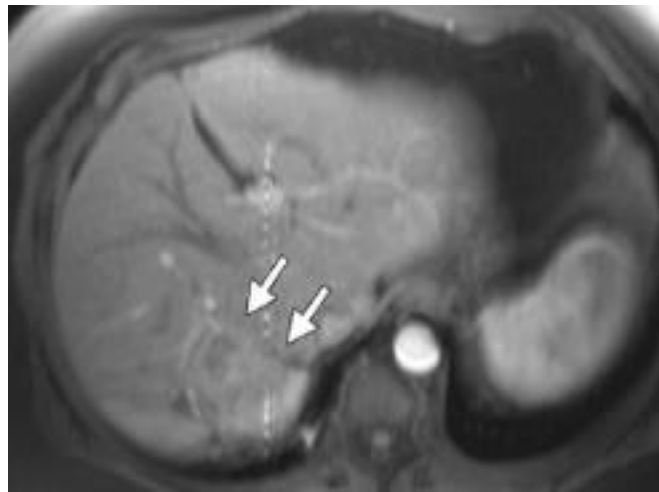
Persiste en fase
venosa

“Tumores hepáticos benignos”

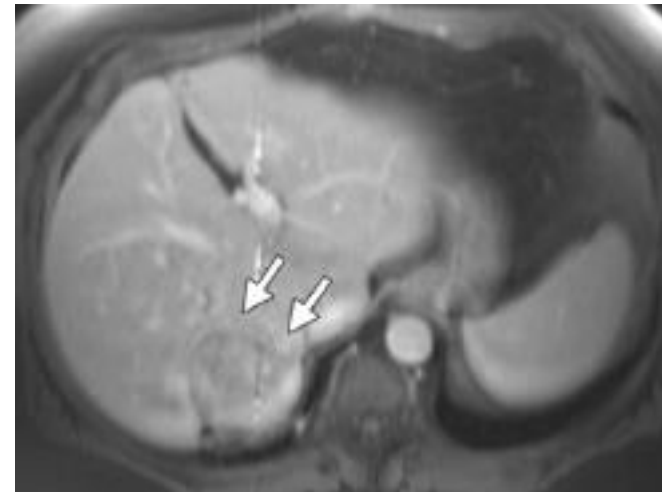
Adenoma esteatósico



Levemente hiperintensa en T2



Ligera captación en fase arterial



No persiste (“lava”) en fase venosa

“Tumores hepáticos benignos”

Trasformación maligna

Riesgo sobreestimado, 5%

Factores de riesgo:

- **tamaño (>5 cm)**, • **sexo y andrógenos**,
- subtipo (inflamatorio 10%, β cat 50%, esteatósico 0%)

Dto difícil: AFP normal, bien diferenciado, no satelitosis.

Hemorragia

Riesgo 20%, mayoría intratumoral, compromiso hemodinámico excepcional

Factores de riesgo:

- tamaño (>5 cm, ↑reciente)
- subtipo (inflamatorio)
- localización (protusión exofítica)
- embarazo

Embarazo

Mayoría estables durante embarazo

No desaconsejado si tumor <5 cm, US q 3 meses

Criterios generales:

MRI modalidad diagnóstica de elección, 80% permite dto subtipo

Adenoma ♀, suspender ACO y ↓ peso, esperar 6 meses y repetir MRI

Considerar:

tamaño: **>5 cm**: riesgo hemorragia/malignidad,
malignidad excepcional en <5 cm en ♀

subtipo: “esteatósico” **no** riesgo malignidad

localización: protusión exofítica riesgo rotura

malignidad: ♂ (50%), glucogenosis

Tratamiento

- **Adenomas <5 cm:** mayoría estables, revisión periódica (excepto ♂)
MRI anual
- **Resección:**
 - >5 cm
 - todo adenoma en ♂
 - crecimiento (>20%) tras esperar 6 mesespreferencia: vía laparoscópica
RFA: alternativa en casos seleccionados (rechazan cirugía)
- **Hemorragia grave:** CT para dto y embolización
- **Embarazo:** <5 cm, no exofíticos → no contraindicado, parto vaginal
vigilancia q 3m, si crecimiento rápido embolizar
- **Biopsia?:** >5 cm, ♀, sospecha de subtipo “esteatósico”,
bajo riesgo, sólo seguimiento

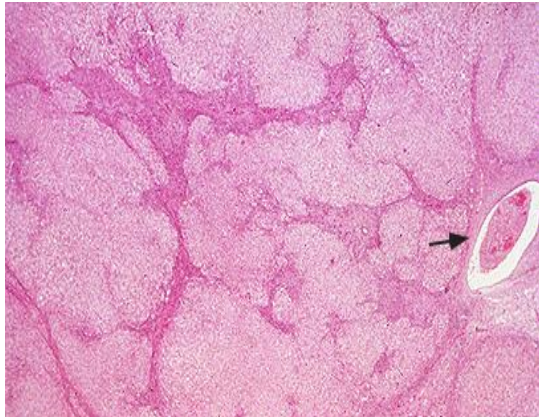
Adenomatosis hepática

Adenomas hepáticos múltiples

- 50% de los pacientes con adenomas
- Más frecuente en toma de ACO y sind metabólico, excepcional en ♂
- Riesgo de malignización y hemorragia depende del nódulo de mayor tamaño

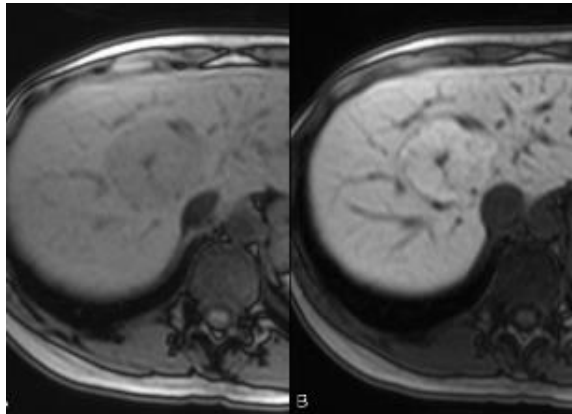
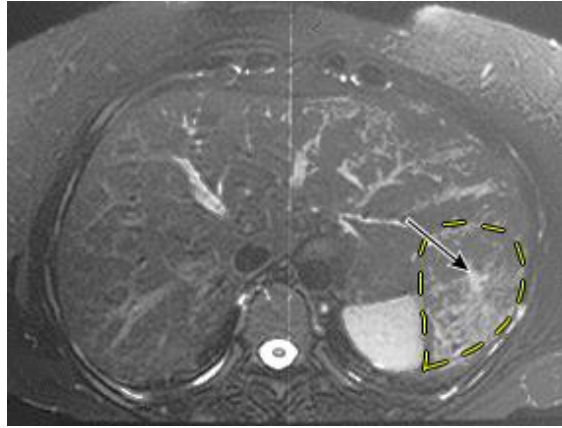
Hiperplasia nodular focal

- Lesión hiperplásica (regenerativa), no neoplásica
Hepatocitos proliferantes policlonales
- ♀:♂ 8:1, escaso papel ACO, incidencia 1-5/1000 hab
2º tumor hepático benigno más frecuente



- **Definición** hepatocitos normales en 1-2 láminas
nódulos de hepatocitos hiperplásicos
escara fibrosa central (**AUSENTE <3 cm**)
arteria distrófica (patogenia?: hiperplasia reactiva a malformación arterial)
proliferación ductular, KC
- **Múltiple** Rendu-Osler
enf. vascular hepática.

Hiperplasia nodular focal



- **Radiología:** MRI técnica más específica
comportamiento homogéneo:
 - hipervascular con contraste iv
 - persiste (no lavado) en fase venosa/tardía
 - **escara central hiperintensa en T2 (>3 cm)**
 - ácido gadoxético (fases extra y celular)
- **Biopsia:** casos Rx atípica
patrón mapa glutamin-sintetasa + (50-90%)
- **Tratamiento:** resección excepcional, incluso si síntomas

- El adenoma hepatocelular es una proliferación neoplásica monoclonal de hepatocitos, que presenta varios subtipos: inflamatorio, esteatósico y con mutación β -catenina.
- La resección está indicada en los adenomas >5 cm, los que crecen <20% en 6 meses y en varones.
El riesgo de hemorragia y malignización en adenomas <5 cm es escaso, excepto en varones. La ablación con radiofrecuencia es una alternativa en casos seleccionados.
- La confirmación con MRI de los hemangiomas diagnosticados en ecografía debe hacerse cuando sean atípicos y en pacientes con cirrosis o con neoplasia extrahepática.

A stylized graphic of a liver, rendered in shades of red and pink with a white geometric pattern of lines and triangles.

MÁSTER EN HEPATOLOGÍA

The logo for Universidad Autónoma de Madrid (UAM), featuring the letters 'UAM' in green with a blue square above the 'A'.

Universidad Autónoma
de Madrid

The logo for Universidad de Alcalá, featuring a blue crest with a shield, a crown, and two birds.

Universidad
de Alcalá