

Manejo de los tumores hepáticos benignos y pólipos vesiculares

ENFERMEDADES HEPÁTICAS: UNA REVISIÓN **OP**ORTUNA

Félix García Pajares
Hospital Universitario Rio Hortega
Valladolid

BIBLIOGRAFÍA

Guías de práctica clínica



 **EASL** | JOURNAL OF HEPATOLOGY

Journal of Hepatology 2016 vol. 65 | 386–398

Guías de práctica clínica de la EASL sobre el tratamiento de los tumores hepáticos benignos [☆]

European Association for the Study of the Liver (EASL) *

Eur Radiol (2017) 27:3856–3866

DOI 10.1007/s00330-017-4742-y



CrossMark

GASTROINTESTINAL

Management and follow-up of gallbladder polyps

Joint guidelines between the European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR), European Association for Endoscopic Surgery and other Interventional Techniques (EAES), International Society of Digestive Surgery – European Federation (EFISDS) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)

Guías de práctica clínica



 **EASL** | JOURNAL OF HEPATOLOGY

Journal of Hepatology 2016 vol. 65 | 146–181

Guías de práctica clínica de la EASL sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de la litiasis biliar [☆]

European Association for the Study of the Liver (EASL) *

INTRODUCCIÓN

- Grupo heterogéneo de lesiones hepáticas.
- Frecuente hallazgo incidental, debido al uso generalizado de eco, TAC,..
- Suelen tener un curso benigno.
- Relevancia clínica variable.

- Los tumores benignos más comunes:
 - **Hemangiomas hepáticos**
 - **Hiperplasia nodular focal (HNF)**
 - **Adenoma hepatocelular (AHC)**
 - **Adenomas hepáticos múltiples**

CARACTERÍSTICAS DE LOS TUMORES HEPÁTICOS BENIGNOS

	HEMANGIOMA	HNF	AHC
Prevalencia	Común ~5%*	Menos común 0.03%	Raro ≤0.004%
Edad	30–50	20–40	Cualquiera
Género	M > H	M ~ H	M >> H
Eco	Hiperecoico	Variado	Variado
TAC	Captación periférica	Cicatriz central	Variado
RM	Captación periférica Hiperintenso T2	Cicatriz central	Variado
Calcificación	Si	No	No
Ruptura	Raro	No	Si

ABORDAJE INICIAL DE LOE HEPÁTICA

Historia clínica

• Síntomas asociados:

- Dolor abdominal
- Pérdida de peso
- Hepatomegalia
- Alteración de pruebas hepáticas
- Antecedentes personales (cáncer, anorexia, astenia)
- Viajes al extranjero, diarreas,...

• Factores de riesgo:

- Hepatitis, cirrosis
- Transfusiones, tatuajes, piercings, ADVP.
- Historia familiar de hepatopatía / tumores
- Alcohol, tabaco
- Síndrome metabólico
- Historia de fármacos (metotrexate, tamoxifeno, andrógenos)

Después de valoración clínica y eco hepática

Pruebas dinámicas (CEUS, TAC, RM) para caracterización del tumor

- Las pruebas de imagen deberían ser suficientes para diagnosticar los tumores hepáticos benignos.
- En casos de duda razonable, puede ser necesaria una biopsia o resección.
- Los procedimientos invasivos deben realizarse por un equipo especializado (¿remitir a Hepatología?).

HEMANGIOMAS HEPÁTICOS



HEMANGIOMA HEPÁTICO

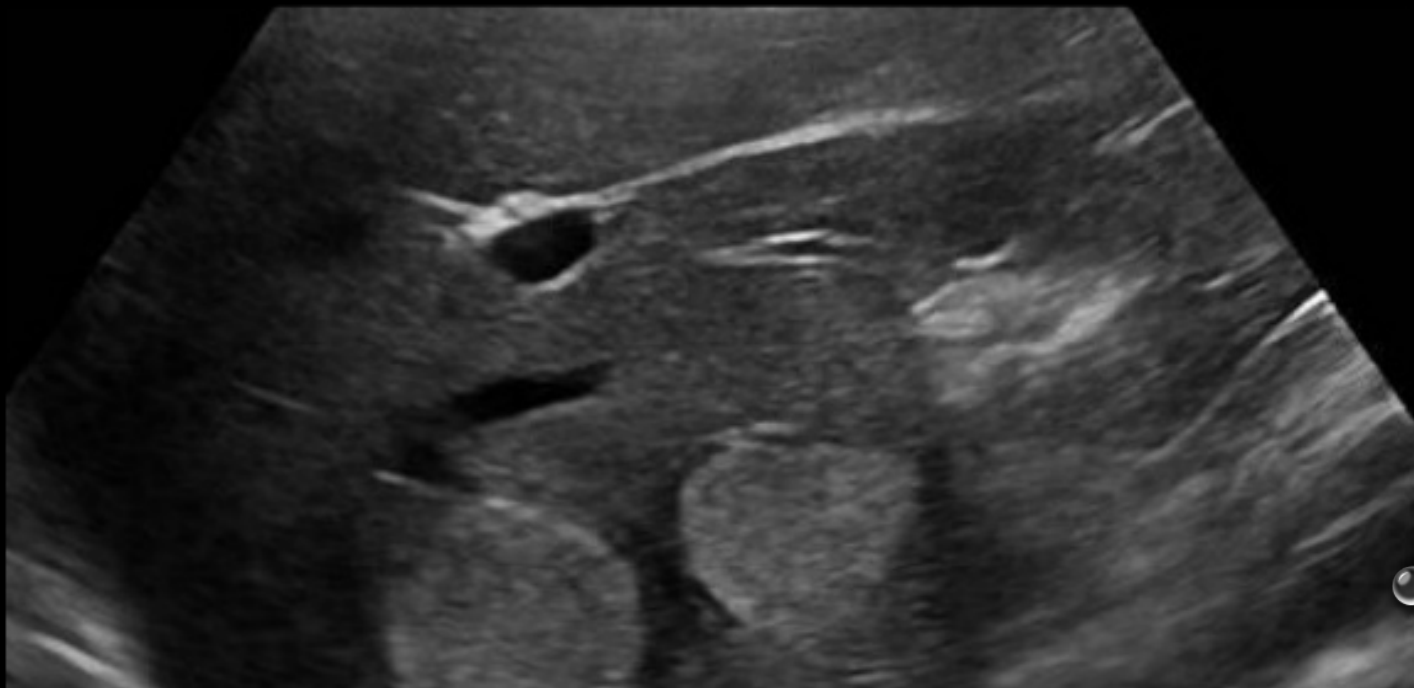
- TUMOR PRIMARIO HEPÁTICO MÁS FRECUENTE:
 - prevalencia en series de imágenes: ~ 5%
 - prevalencia en series de autopsias: hasta 20%
 - más común en mujeres de 30-50 años

- RARA VEZ DE IMPORTANCIA CLÍNICA:
 - suele ser solitario y pequeño (<4 cm), aunque puede alcanzar hasta 20 cm.
 - la mayoría asintomáticos.
 - los tumores más grandes (> 10 cm) pueden ser sintomáticos, asociados con dolor y síndrome de Kasabach-Merrit (trombopenia y coagulopatía).



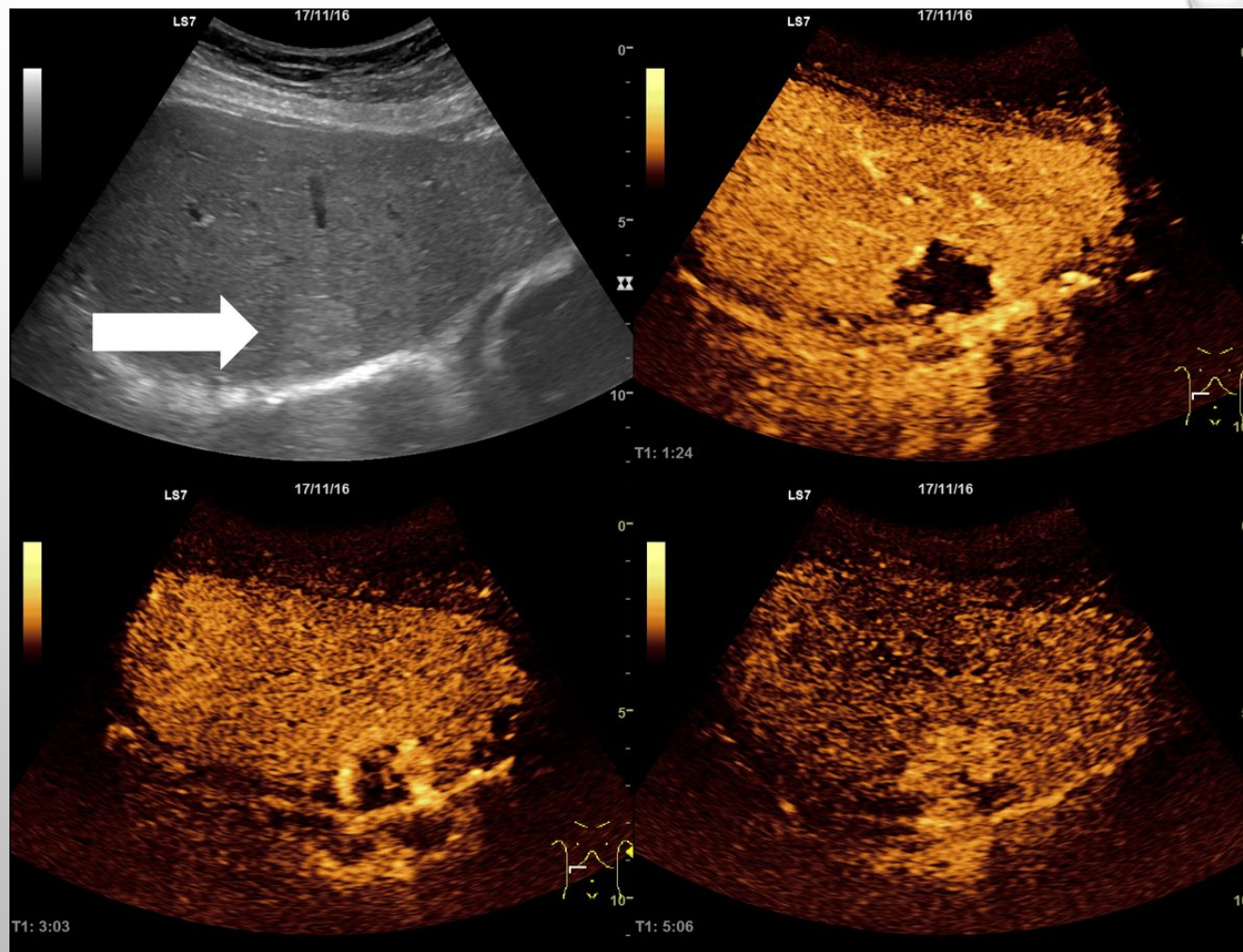
HEMANGIOMA TÍPICO

- LOE pequeña (<3cm)
- Homogéneamente hiperecogénico
- Márgenes bien definidos
- Intensificación posterior
- Ausencia de signo del halo
- Sin realce doppler



ANGIOMA CEUS

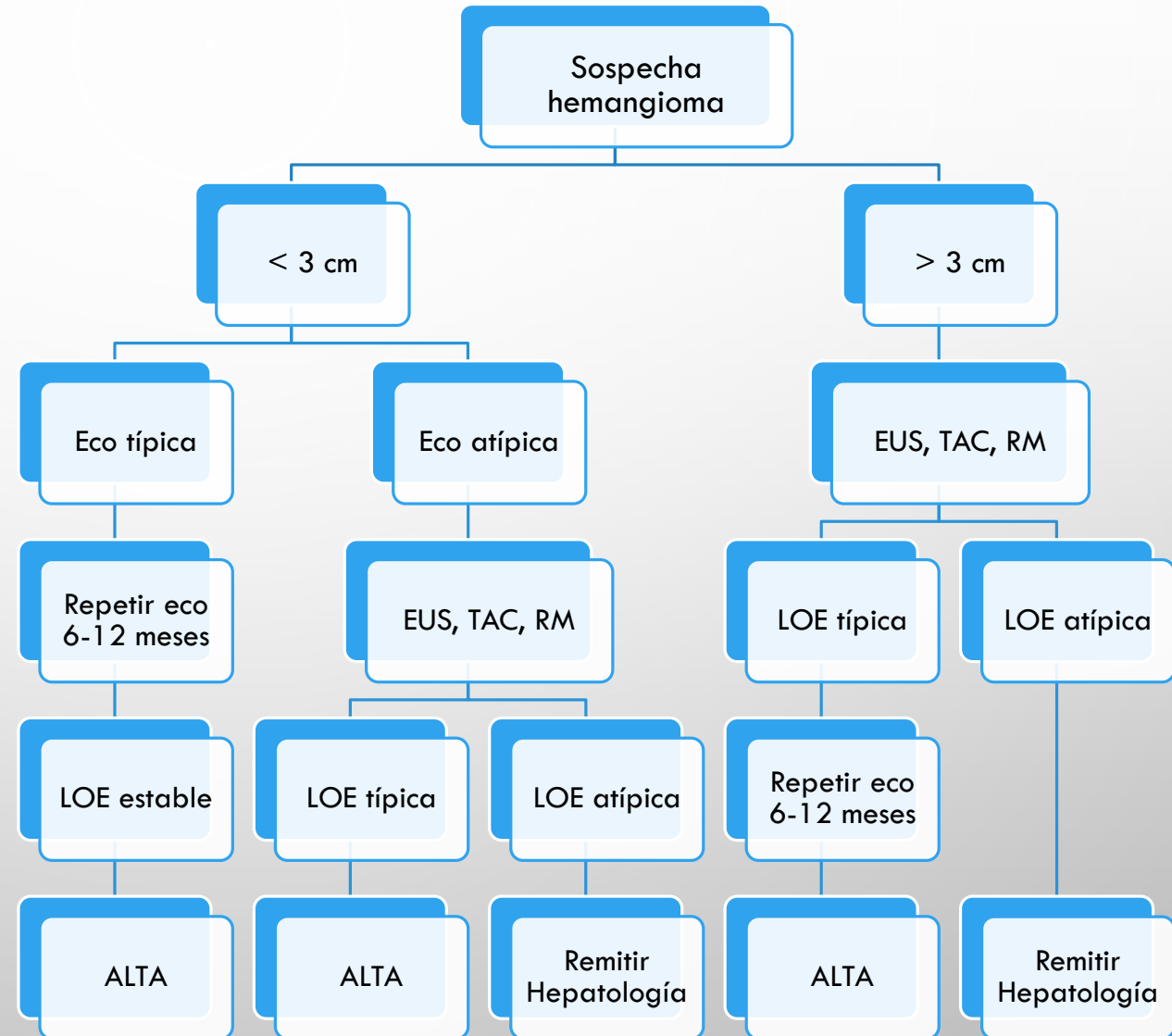
- CAPTACIÓN PERIFÉRICA Y GLOBULAR, CENTRAL EN FASES TARDÍAS.



HEMANGIOMAS: ALGORITMO DE MANEJO

Hemangioma hepático

- En pacientes con un hígado normal o sano, una lesión hiperecogénica es muy probable que corresponda a un hemangioma hepático. En presencia de una radiología típica (hiperecogénica homogénea, márgenes bien definidos, intensificación posterior y ausencia de signo de halo), en una lesión de menos de 3 cm, la ecografía es suficiente para establecer el diagnóstico (**nivel de evidencia II-2, grado de la recomendación 1**)
- En los pacientes oncológicos o los que presentan una hepatopatía subyacente, son necesarias exploraciones de imagen con contraste (CEUS, TC o RM) (**nivel de evidencia II-2, grado de la recomendación 1**)
- El diagnóstico mediante exploraciones de imagen con contraste se basa en un perfil vascular típico, caracterizado por una captación de contraste periférica y globular en la fase arterial, seguido de una captación central en fases tardías. La RM aporta signos adicionales, como la señal de la lesión en secuencias con ponderación T1 y T2 y las imágenes por difusión (**nivel de evidencia II-2, grado de la recomendación 1**)
- Dado su curso benigno, no es necesario un seguimiento con técnicas de diagnóstico por la imagen en el hemangioma típico (**nivel de evidencia II-2, grado de la recomendación 1**)
- El embarazo y los anticonceptivos orales no están contraindicados (**nivel de evidencia III; grado de la recomendación 2**)
- En los casos típicos es apropiado un enfoque conservador (**nivel de evidencia II-2, grado de la recomendación 1**)
- En presencia de un síndrome de Kasabach-Merrit, lesiones que aumentan de tamaño o lesiones que causan síntomas por compresión, debe remitirse al paciente a un EMD de tumores hepáticos benignos (**nivel de evidencia III; grado de la recomendación 1**)



HIPERPLASIA NODULAR FOCAL

HNF

- **EPIDEMIOLOGÍA:**

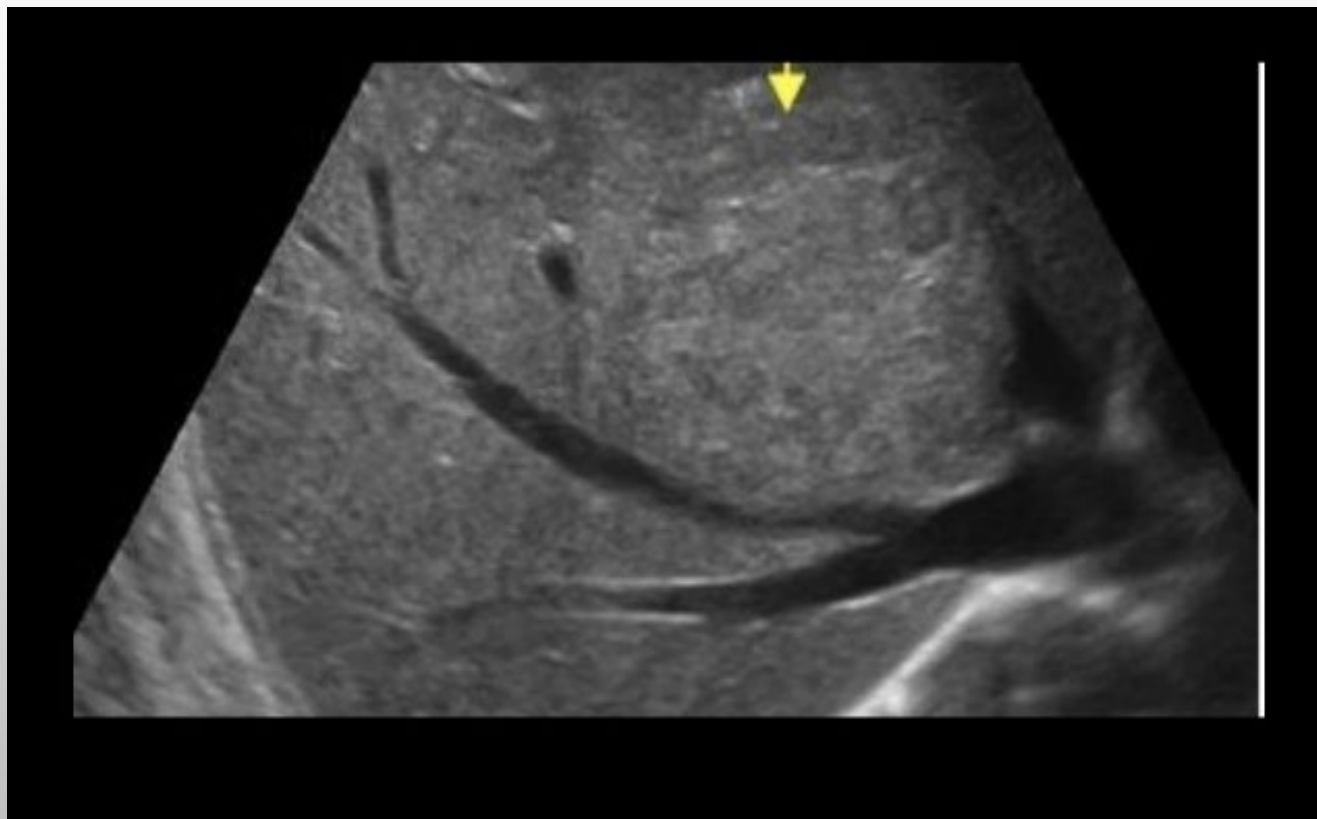
- prevalencia clínicamente relevante: 0,03% (serie de autopsias: 0,4–3%).
- hasta el 90% son mujeres.
- edad promedio de presentación: 35 - 50 años.

- **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:**

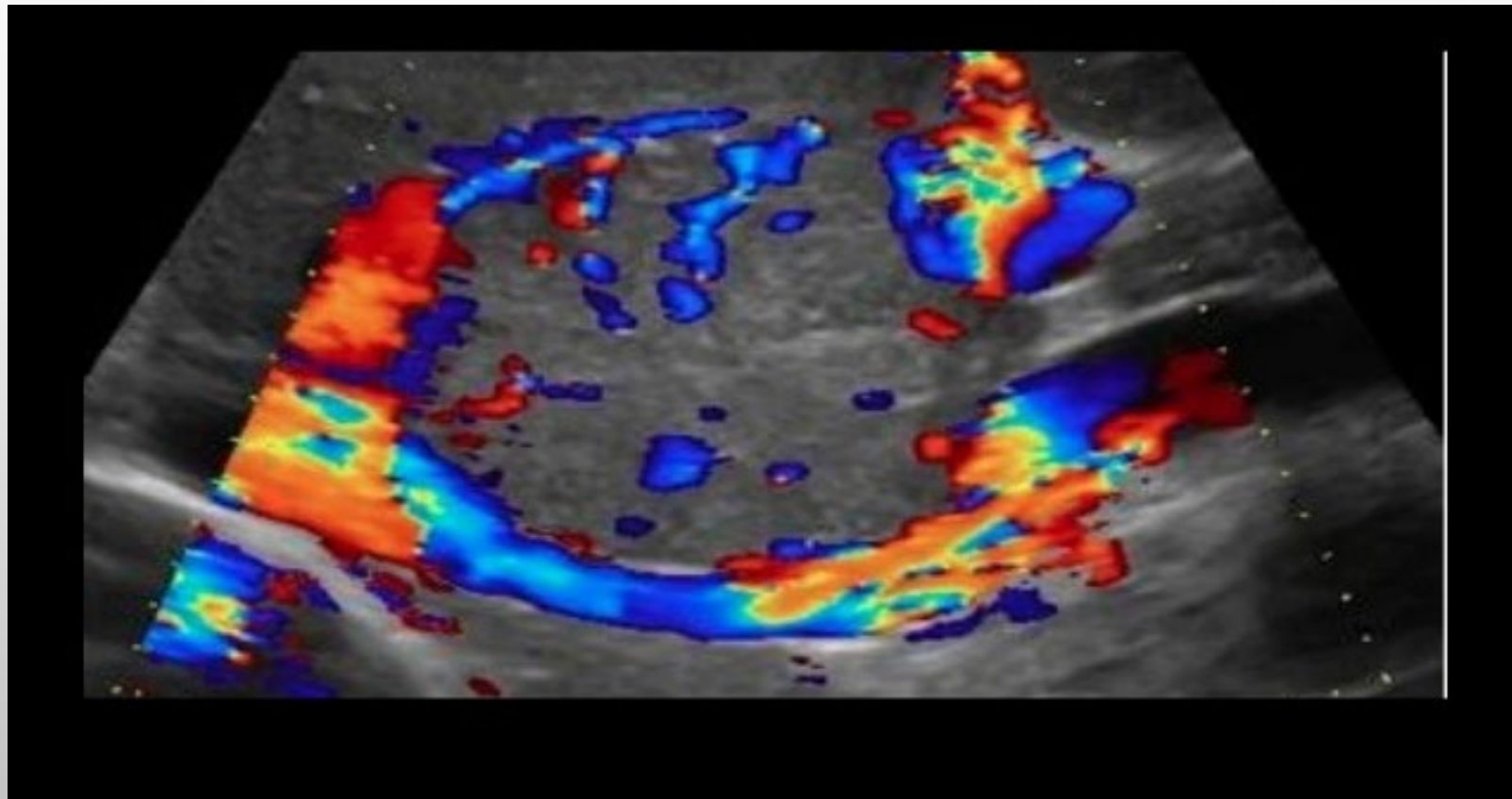
- la mayoría son solitarios y <5 cm.
- HNF múltiple en 20-30%.
- el tamaño es estable en el tiempo casi siempre.
- la mayoría son asintomáticos y las complicaciones muy raras.

HNF

- LIGERAMENTE HIPO O ISOECOGENICA
- BIEN DELIMITADA
- CICATRIZ CENTRAL
- PSEUDOCÁPSULA



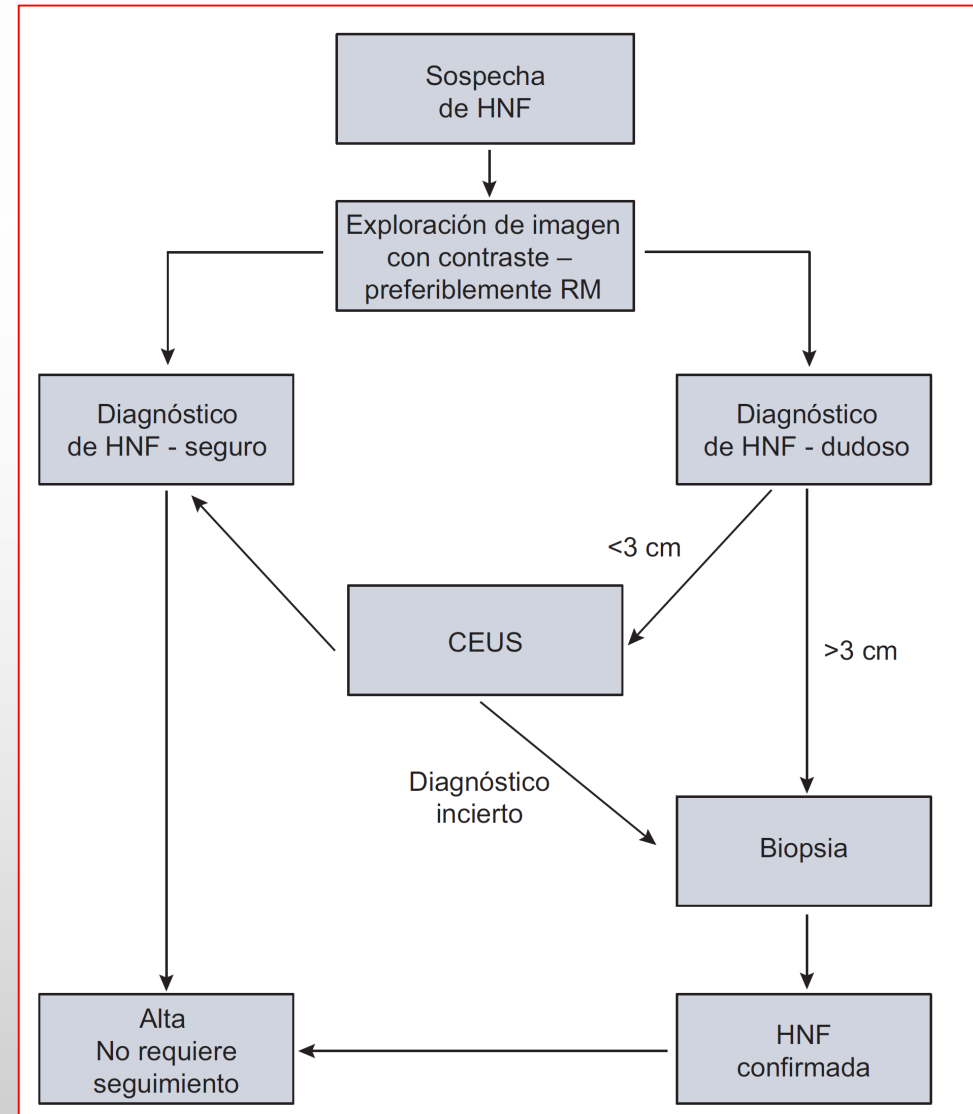
HNF : DOPPLER COLOR, RADIOS DE RUEDA



FNH: ALGORITMO DE MANEJO

Hiperplasia nodular focal

- Las técnicas de CEUS, TC o RM permiten diagnosticar la HNF con una especificidad de casi un 100% cuando se observan de forma combinada las características típicas en las exploraciones de imagen (**nivel de evidencia II-2, grado de la recomendación 1**)
- La RM es la técnica que tiene, globalmente, un mayor rendimiento diagnóstico. La máxima exactitud diagnóstica de la CEUS se alcanza en la HNF de menos de 3 cm (**nivel de evidencia II-2, grado de la recomendación 1**)
- Ante una lesión con unas características típicas de la HNF, no es necesario un seguimiento, a menos que haya una hepatopatía vascular subyacente (**nivel de evidencia III; grado de la recomendación 2**)
- No se recomienda el tratamiento (**nivel de evidencia II-3, grado de la recomendación 2**)
- Si los resultados de las exploraciones de imagen son atípicos, o si el paciente es sintomático, se le debe remitir a un EMD de tumores hepáticos benignos (**nivel de evidencia III; grado de la recomendación 1**)



ADENOMA HEPATOCELULAR

AHC: EPIDEMIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- Epidemiología:
 - prevalencia: 0,001–0,004%
 - ~ 10 veces menos común que HNF
 - más común en mujeres (10:1), 35-40 años.
- Papel de las hormonas sexuales.
- Aumento de 30 a 40 veces en la incidencia con el uso prolongado de ACO.
- Incidencia en hombres asociada con los esteroides androgénicos.
- Aumento de la prevalencia por aumento de obesidad y el síndrome metabólico.
- Riesgo de hemorragia y transformación maligna, especialmente si ≥ 5 cm

Los AHC deben seguirse más de cerca que otros tumores benignos

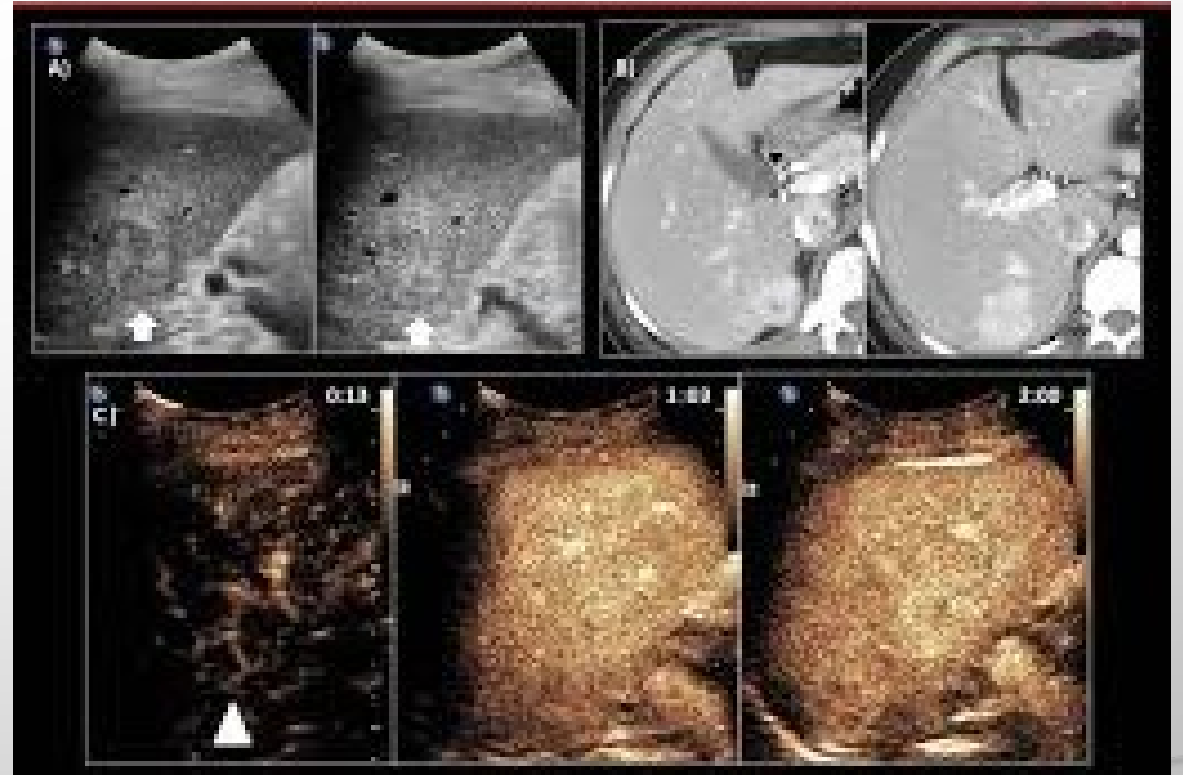
ADENOMA HEPÁTICO

- HETEROGÉNEOS
- ESPACIOS VASCULARES DILATADOS
- ZONAS ANECOICAS (HEMORRAGIA)
- MASA HETEROGÉNEA (NECROSIS)
- SIEMPRE INDICADA EXPLORACIÓN CON CONTRASTE



CEUS

- AUSENCIA DE PATRÓN EN RADIOS DE RUEDA
- CAPTACIÓN EN FASE ARTERIAL CENTRÍPETA Y RÁPIDA
- ISOECOGÉNICOS EN FASE VENOSA
- NECESARIA RM/TAC PARA DEFINIR SUBTIPO



HCA: CLASIFICACIÓN MOLECULAR

TIPOS:

1- AHC-H (30-40%)

2- AHC-I (40-55%)

3- AHC- β (10-20%)

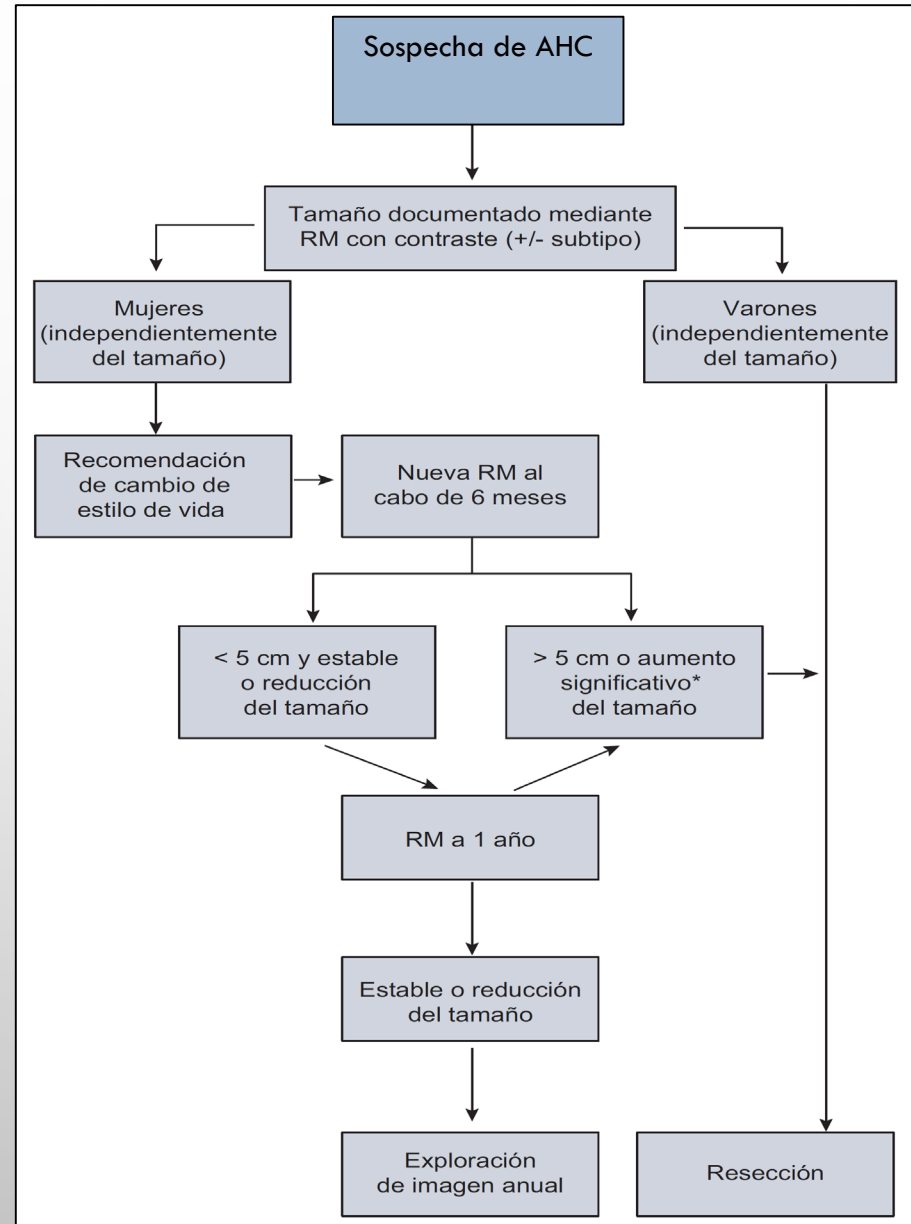
4- AHC no clasificados (5-10%)

Tabla 2. Características clave de los AHC según su subtipo molecular.

		Características típicas			
Alteraciones genéticas	Anatomía patológica	IHC	Clínica	RM**	
Mutaciones de <i>HNF1-A</i> (30-40%)	Esteatosis extensa	LFABP negativa	Adenomatosis, MODY3	Pérdida de señal difusa y homogénea en T1 en la fase opuesta	
Inflamatorio <i>Gp130</i> (65%), <i>GNAS</i> (5%), <i>STAT3</i> (5%), <i>FRK</i> (10%), <i>JAK1</i> (2%)	Infiltración inflamatoria Agrupaciones de vasos sanguíneos Dilatación sinusoidal	LFABP positiva SAA (\pm PCR) positiva	Obesidad Consumo de alcohol	Hiperintensidad fuerte en T2 y captación de contraste persistente en la fase tardía con el empleo de medios de contraste de RM	
Mutaciones de β -catenina* exón 3 (5-10%)	Atipias celulares Formaciones pseudoglandulares Colestasis	LFABP positiva GS positiva (difuso) β -catenina nuclear positiva	Varones Uso de andrógenos Aumento del riesgo de CHC	Sin características específicas. A menudo heterogéneo en T1 y T2. Ausencia de pérdida de señal en T1 en la fase opuesta	
Mutaciones de β -catenina exones 7-8 (5-10%)	Ausencia de características típicas o fenotipo inflamatorio	GS positiva (leve y moteada) β -catenina nuclear negativa		Sin características específicas	
No clasificado (5-10%)	Ninguna	LFABP positiva SAA/PCR negativa β -catenina nuclear negativa		Sin características específicas	

!!!EL SUBTIPO MOLECULAR ESTÁ MUY ASOCIADO CON EL RIESGO DE HCC!!!

AHC: ALGORITMO DIAGNÓSTICO



EASL Clinical Practice Guidelines on the management of benign liver tumours. European Association for the Study of the Liver (EASL). J Hepatol. 2016.

AHC: TRATAMIENTO

Adenoma hepatocelular

- La RM es superior a todas las demás modalidades de diagnóstico por la imagen y, dadas sus propiedades intrínsecas para detectar la grasa y los espacios vasculares brinda la oportunidad de determinar el subtipo de AHC hasta en el 80% de los casos (**nivel de evidencia II-2, grado de la recomendación 1**)
- La identificación positiva de un AHC de tipo HNF-1 α o un AHC inflamatorio puede hacerse con la RM con una especificidad > 90%. En cambio, la identificación de un AHC con activación de β -catenina y su distinción respecto al AHC no clasificado y al carcinoma hepatocelular no es posible con ninguna de las técnicas de diagnóstico por la imagen (**nivel de evidencia II-2, grado de la recomendación 1**)
- Las decisiones terapéuticas se basan en el sexo, el tamaño y el patrón de la progresión (**nivel de evidencia III; grado de la recomendación 2**)

- Tras el diagnóstico de un AHC, deben recomendarse cambios del estilo de vida como el abandono definitivo del uso de anticonceptivos orales, así como una reducción del peso (**nivel de evidencia II-2, grado de la recomendación 1**)
- Se recomienda la resección del AHC, sea cual sea su tamaño, en los varones y en todos los casos de mutación demostrada de la β -catenina (**nivel de evidencia II-3, grado de la recomendación 2**)
- En las mujeres, se recomienda un periodo de 6 meses de observación después del cambio de estilo de vida, y está indicada la resección en los nódulos de tamaño igual o superior a 5 cm y en los que continúan aumentando de tamaño (**nivel de evidencia II-3, grado de la recomendación 2**)
- En las mujeres, las lesiones de menos de 5 cm deben ser evaluadas de nuevo al cabo de 1 año, y luego deben realizarse nuevas exploraciones de imagen a intervalos anuales (**nivel de evidencia III; grado de la recomendación 2**)
- Un AHC con un sangrado que comporte inestabilidad hemodinámica debe ser objeto de embolización y la presencia de una lesión viable residual en un examen de imagen de seguimiento constituye una indicación para la resección (**nivel de evidencia III; grado de la recomendación 2**)

ADENOMAS HEPÁTICOS MÚLTIPLES

ADENOMAS HEPÁTICOS MÚLTIPLES

- Antes "adenomatosis hepática"
- > 10 AHC.
- Riesgo de hemorragia y transformación maligna igual que en pacientes con un solo AHC.
- **Manejo depende del tamaño del nódulo más grande.**

Tratamiento de las lesiones múltiples

- El tratamiento de los pacientes con AHC múltiples debe basarse en el tamaño del tumor más grande (**nivel de evidencia III; grado de la recomendación 2**)
- Cabría considerar la posibilidad de una resección hepática en la enfermedad unilobular y en los casos de AHC más generalizados, la resección de los adenomas de mayor tamaño puede ser una opción (**nivel de evidencia III; grado de la recomendación 2**)
- El trasplante hepático no se recomienda en los pacientes con AHC múltiples, pero podría contemplarse en individuos con una hepatopatía subyacente (**nivel de evidencia III; grado de la recomendación 2**)

PÓLIPOS VESICULARES

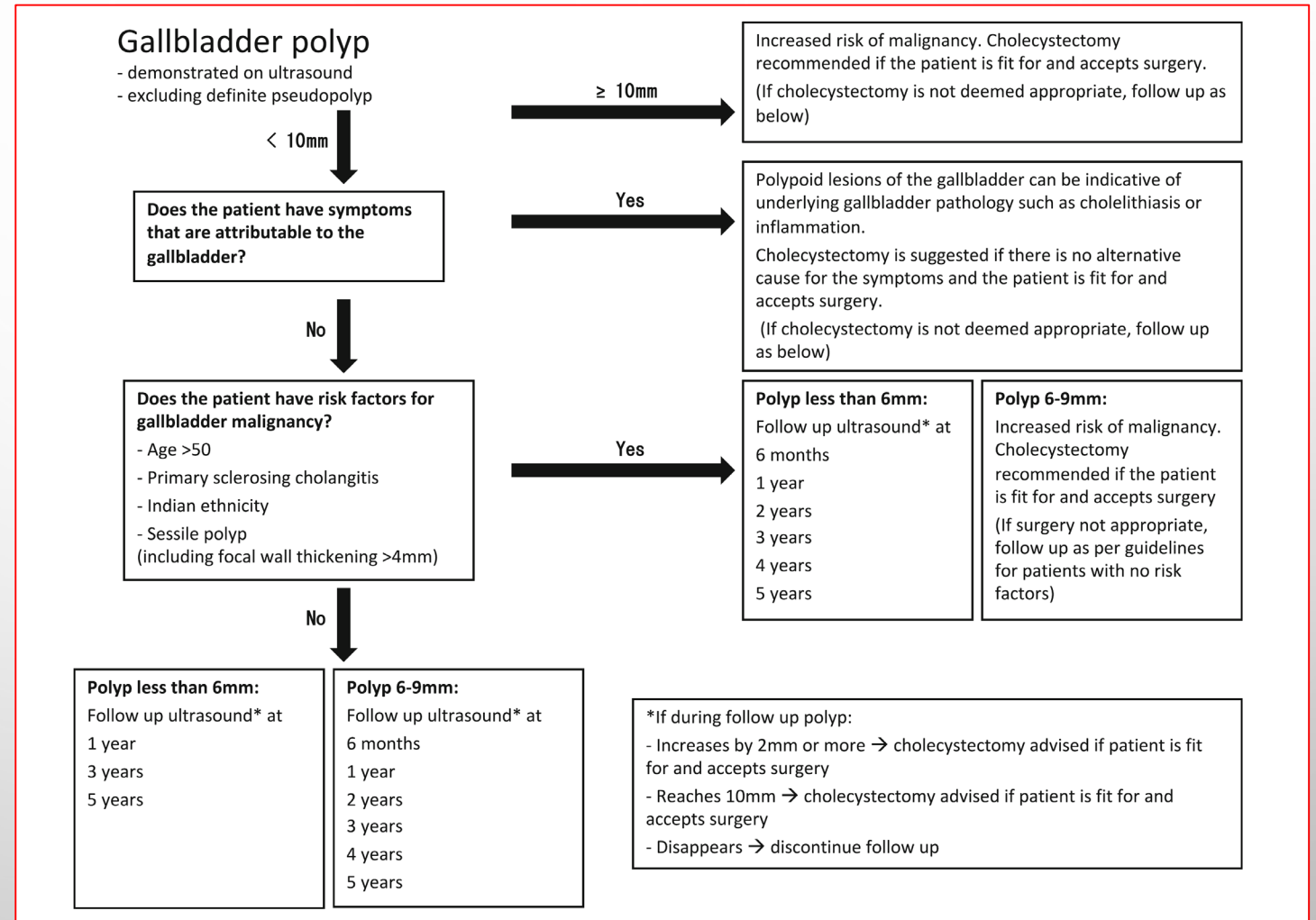
ALGORITMO DE MANEJO

¿Está indicada la cirugía para los pólipos de la vesícula biliar?

Debe practicarse una colecistectomía a los pacientes con pólipos de la vesícula biliar de ≥ 1 cm, con o sin litiasis biliar, independientemente de sus síntomas (**calidad de la evidencia moderada; recomendación fuerte**). También debe contemplarse la posibilidad de una colecistectomía en los pacientes con cálculos de la vesícula biliar asintomáticos y pólipos de la vesícula de 6-10 mm y en los casos de pólipos que aumentan de tamaño (**calidad de la evidencia muy baja; recomendación débil**)

Puede recomendarse la colecistectomía en los pacientes asintomáticos que presentan una colangitis esclerosante primaria y pólipos en la vesícula biliar, independientemente de su tamaño (**calidad de la evidencia baja; recomendación débil**)

La colecistectomía no está indicada en los pacientes con cálculos de la vesícula biliar asintomáticos y pólipos de la vesícula biliar de ≤ 5 mm (**calidad de la evidencia moderada; recomendación fuerte**)



iiii MUCHAS GRACIAS Y BUENA SUERTE !!!!!