

Hiperplasia Nodular Focal*

Drs. LUIS BURGOS S.J.¹, JORGE SILVA A.¹, HÉCTOR LOSADA M.¹,
CARLOS MANTEROLA D.¹, PABLO GUZMÁN G.²

¹ Departamento de Cirugía.

² Departamento de Anatomía Patológica.
Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena.
Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

Focal Nodular Hyperplasia

Paciente mujer de 17 años con historia de dolor en hipocondrio derecho desde hace un año, con mayor acentuación el último mes y baja de 2 kg de peso. No usa anticonceptivos orales.

La ultrasonografía y tomografía de abdomen (Figura 1) visualizan la presencia de una tumoración sólida vascularizada ubicada en el lóbulo hepático derecho con la escara central típica de la hiperplasia nodular focal. Los marcadores tumorales, radiografía de tórax y el resto de los exámenes de laboratorio son normales.

La exploración quirúrgica muestra una masa abollonada hipervascularizada de 16 por 10 cm que protruye de los segmentos hepáticos 5 y 6, muy próxima a la vesícula biliar (Figura 2). Bajo maniobra de Pringle intermitente se efectúa resección hepática en cuña extirpando completamente la masa tumoral. La anatomía patológica macroscópica (Figura 3) y microscópica (Figura 4) confirman el diagnóstico de hiperplasia nodular focal. La evolución postoperatoria fue satisfactoria y sus controles imagenológicos seriados son normales.

Discusión

La hiperplasia nodular focal representa aproximadamente el 8% de todos los tumores primarios del hígado y es el segundo tumor sólido benigno hepá-

tico más común¹. Es más frecuente en mujeres entre la tercera y quinta década de la vida. Al igual que los adenomas, pero en menor grado, también tendría relación con el uso de anticonceptivos orales². Habitualmente es una lesión asintomática, catalogada como *incidentaloma* en estudios imagenológicos, o hallazgo en el intraoperatorio por otras patologías. La escara fibrosa central es un signo radiológico característico, especialmente en las de mayor tamaño³.

La mayoría de las veces se presenta como una masa abollonada en la superficie hepática, con frecuencia cercana a 5 cm, aunque en oportunidades como en el caso presentado, son de gran tamaño, sobre 15 cms⁴. En algunas oportunidades, la masa tumoral tiene otras ubicaciones; se describe un caso de síndrome de Budd-Chiari por compresión de venas hepáticas por la masa tumoral⁵. También se ha publicado un caso excepcional de ruptura y hemoperitoneo⁶.

La presencia de una escara central, tanto en el hepatocarcinoma fibrolamelar como en la hiperplasia nodular focal, hicieron pensar que podría ser una tumoración premaligna⁷. Sin embargo, actualmente es considerada una lesión benigna como respuesta hiperplástica a malformaciones vasculares congénitas¹.

En los casos asintomáticos con radiología característica, la conducta es conservadora con seguimiento imagenológico. Los pacientes con signología o sospecha de malignidad deben ser operados,

*Recibido el 14 de Julio de 2009 y aceptado para publicación el 22 de Octubre de 2009.

Correspondencia: Dr. Luis Burgos San Juan
Antumalal 01023. Temuco, Chile.
E-mail: lburgos@ufro.cl



Figura 1. El corte tomográfico visualiza la característica escara fibrosa central de la hiperplasia nodular focal.

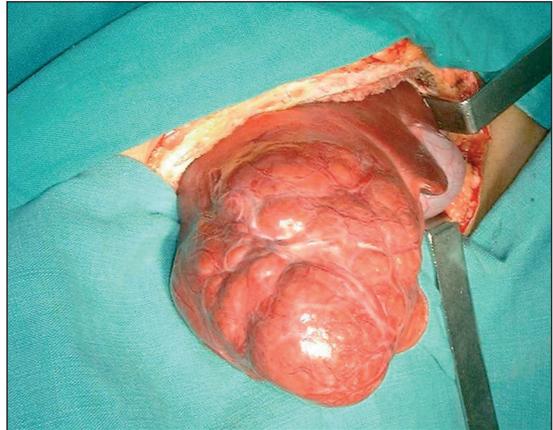


Figura 2. En la exploración quirúrgica se aprecia una masa hepática abollonada emergiendo de los segmentos 5 y 6.



Figura 3. Fragmento ovoideo de tejido hepático reemplazado por lesión multinodular con nódulos bien delimitados de 1 a 15 mm. En parte separados por tabiques de aspecto fibroso que confluyen hacia la porción central en forma estrellada.

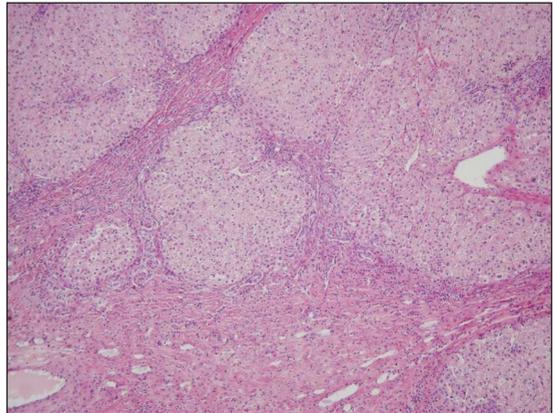


Figura 4. Tejido hepático de arquitectura alterada por proliferación hepatocelular normotípica dispuesta en patrón nodular. Los sinusoides son finos y los hepatocitos homogéneos. Los nódulos están separados por tabiques fibrosos de grosor variable, con vasos de calibre pequeño y mediano. Hay infiltrado difuso linfocitario (Placa H-E, 4x).

dadas las condiciones actuales de bajas cifras de morbimortalidad de la cirugía resectiva hepática⁸. Si por algún motivo la intervención quirúrgica está contraindicada es posible recurrir a la embolización arterial selectiva⁹.

Referencias

1. Choi BY, Nguyen MH. The diagnosis and management of benign hepatic tumors. *J Clin Gastroenterol* 2005; 39: 401-412.
2. Gibbs JF, Litwin AM, Kahlenberg MS. Contemporary management of benign liver tumors. *Surg Clin North Am* 2004; 84: 463-480.
3. Fulcher AS, Sterling RK. Hepatic neoplasms: computed tomography and magnetic resonance features. *J Clin Gastroenterol* 2002; 34: 463-471.
4. Biecker E, Fischer HP, Strunk H, Sauerbruch T. Benign hepatic tumours. *Z Gastroenterol* 2003; 41: 191-200.
5. Papanikolaou V, Vrochides D, Margari P, Giakoustidis D, Antoniadis N, Tsinoglou K, et al. Hepatic focal nodular hyperplasia: when a benign lesion becomes "malignant". Report of a case. *Hippokratia* 2009; 13: 114-115.
6. Rahili A, Cai J, Trastour C, Juwid A, Benchimol D, Zheng M, et al. Spontaneous rupture and hemorrhage of hepatic focal nodular hyperplasia in lobus caudatus.

- Hepatobiliary Pancreat Surg 2005; 12: 138-142.
7. Brunt EM. Benign tumors of the liver. Clin Liver Dis 2001; 5: 1-15.
 8. Ibrahim S, Chen CL, Wang SH, Lin CC, Yang CH, Yong CC, et al. Liver resection for benign liver tumors: indications and outcome. Am J Surg 2007; 193: 5-9.
 9. Amesur N, Hammond JS, Zajko AB, Geller DA, Gambelin TC. Management of unresectable symptomatic focal nodular hyperplasia with arterial embolization. J Vasc Interv Radiol 2009; 20: 543-547.