



## P-266 - MALIGNIZACIÓN DE ADENOMA HEPÁTICO EN VARONES

J.M. Ramíz Ángel<sup>1</sup>, J. Gómez Baquedano<sup>2</sup>, R. de la Plaza Llamas<sup>1</sup>, F. Fernández Bueno<sup>2</sup>, S. Alonso<sup>1</sup>, M.Á. Sierra Ortega<sup>2</sup>, R. Martín del Toro<sup>2</sup> y J. García-Parreño<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara. <sup>2</sup>Hospital Central de la Defensa, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** El adenoma hepático (AH) es un tumor infrecuente que suele diagnosticarse en mujeres que toman anticonceptivos orales. Entre las posibles complicaciones que puede presentar está la malignización. Este hecho excepcional, solamente ocurre en el 5% de AH, y sólo hay unos 75 casos descritos. La información sobre malignización de AH es limitada ya que se basa en casos clínicos e indirectamente en las series generales sobre AH. Se han postulado unos posibles factores de riesgo de malignización (tamaño, sexo, características histológicas...) pero no están confirmados. Presentamos dos casos de AH malignizados de gran tamaño en varones.

**Casos clínicos:** Caso 1: varón, 31 años, acude a Urgencias por dolor abdominal muy intenso localizado en epigastrio, acompañado de náuseas y vómitos, y fiebre de 38 °C. Analítica: ALT: 165; AST: 100; hemograma y coagulación normal. IMC: 33. TAC: Lesión heterogénea de 11 × 9 cm localizada en segmentos II/III, que abomba la capsula con focos hiperdensos que corresponde a áreas de sangrado. Se observa realce en fase arterial precoz, que se hace isoatenuante en fase tardía. Líquido libre intraabdominal. Se realiza secciónectomía lateral izquierda. Postoperatorio sin incidencias. AP: pieza de 491 gr., lesión de 11 × 8 cm. Tumor no encapsulado hepatocelular de características adenomatosas con focos de displasia hepatocitaria de alto grado. Inmunohistoquímica: Hep Par 1, CD34 + en las trabéculas, p53 + (focal), no concluyente para glipican 3. Seguimiento 44 meses sin recidiva. Caso 2: varón, 74 años. Antecedentes personales: IMC: 30,1. Fibrilación auricular en tto. con Pradaxa®. Cáncer de próstata resecado en 2000 y tratado con radioterapia, en su seguimiento se diagnóstica LOE hepática en S4-8. RM hepática: segmento IV-VIII: lesión nodular de 8 × 7 × 7 cm hipointensa respecto al parénquima en T1 y discretamente hiperintensa y heterogénea en T2, con áreas de necrosis y pequeñas áreas de infiltración grasa, bien delimitada por una pseudocápsula hipointensa y colelitiasis. Se realiza resección del seg. IV y parcial del VIII + colecistectomía. Presentó fistula biliar de bajo débito que se resolvió mediante esfinterotomía y prótesis plástica. Estudio AP: tumoración de 8 cm de diámetro, sólida, de color pardo claro, bien delimitada del parénquima circundante por capsula fibrosa. Micro: Atipia nuclear de bajo grado (leve). Índice de proliferación Ki 67 bajo (5-10%). Inmunohistoquímica: alfa fetoproteína (-), Glipican 3 (+ focalmente) y CD34 (+) en red vascular intratumoral. Conclusiones: neoplasia hepática que muestra características limítrofes entre adenoma hepático y hepatocarcinoma bien diferenciado.

**Discusión:** La complicación más grave a largo plazo de un AH es su malignización. Los mecanismos exactos de transformación maligna son desconocidos. La incidencia real es aproximadamente del 5%. La diferenciación preoperatoria mediante pruebas de imagen es prácticamente imposible. No hay factores claramente definidos de mayor riesgo de malignización, aunque se han postulado: el consumo de andrógenos,

sexo varón, ciertas enfermedades (glucogenosis, poliposis), altos niveles de  $\beta$ -catenina, AH no esteatósicos y los AH de gran tamaño. La relación tamaño tumoral y la transformación maligna no ha podido confirmarse estadísticamente, pero los AH malignizados habitualmente son de gran tamaño (tamaño medio en la literatura: 10,5 cm).