



VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet

Del 1 al 31 de octubre de 2005



Hiperplasia nodular focal o adenoma hepático

Esther Rubio Gil^{*}, Agueda Bas Bernal^{**}

^{*} Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia ESPAÑA

^{**} Hospital Arrixaca (Murcia) ESPAÑA

Resumen

Resumen clínico: paciente joven de 25 años varón con lesión nodular hepática y con diagnósticos por imagen contradictorios de adenoma y de hiperplasia nodular focal.

Resumen anatomo-patológico: entidades frecuentes, y más últimamente por el uso de píldoras anticonceptivas, que por medios radiológicos son difíciles de distinguir, si bien por citología como por biopsia existen características peculiares de cada uno que permiten realizar un diagnóstico de exactitud como demostrare en esta comunicación con imágenes tanto en citología como en hematoxilina-eosina de HIPERPLASIA NODULAR FOCAL diagnóstico dado en este servicio para este caso el 4/4/05.

INTRODUCCION

La hiperplasia nodal focal y el adenoma hepatocelular son tumores hepáticos raros que plantean continuos retos diagnósticos y terapéuticos. El diagnóstico preoperatorio de lesiones hepáticas por medio de la Punción-aspiración con aguja fina es una herramienta útil en afectaciones hepáticas, permitiendo tomar decisiones terapéuticas acordes.

Resumen de historia clínica:

Paciente de 25 años, varón, sin antecedentes de interés, que en un estudio rutinario se observa un aumento de GGT que asciende en analíticas de repetición, además de un CEA elevado.

Con estudios de radiodiagnóstico los resultados fueron controvertidos, se observaba una masa en el segmento II, III, Y IV de 8 cm que por TAC se diagnóstica Hiperplasia Nodal Focal, entidad que no se confirma por Medicina Nuclear, por lo que se solicita al Servicio de Anatomía Patológica que establezca el diagnóstico definitivo.

HALLAZGOS CITOLOGICOS

Por Paaf se realizan varias extensiones donde sobre un fondo fondo hemorrágico se observa:

- ≠ Hepatocitos normales en tamaño y morfología, que no tienen núcleos displásicos. No tienen cambio glucogénico ni oncocítico. **Figura1**
- ≠ Se entremezclan con acúmulos de células epiteliales monocapa de origen biliar, y con otras células de pequeño tamaño, con citoplasma no definido, con amontonamiento nuclear en ocasiones y núcleos pequeños, redondos, carentes de nucleolo que son interpretados como proliferación de canaliculos biliares. **Figura2**

El estudio citológico permitió asegurar que era una lesión benigna, compatible con "Hiperplasia Nodal Focal".

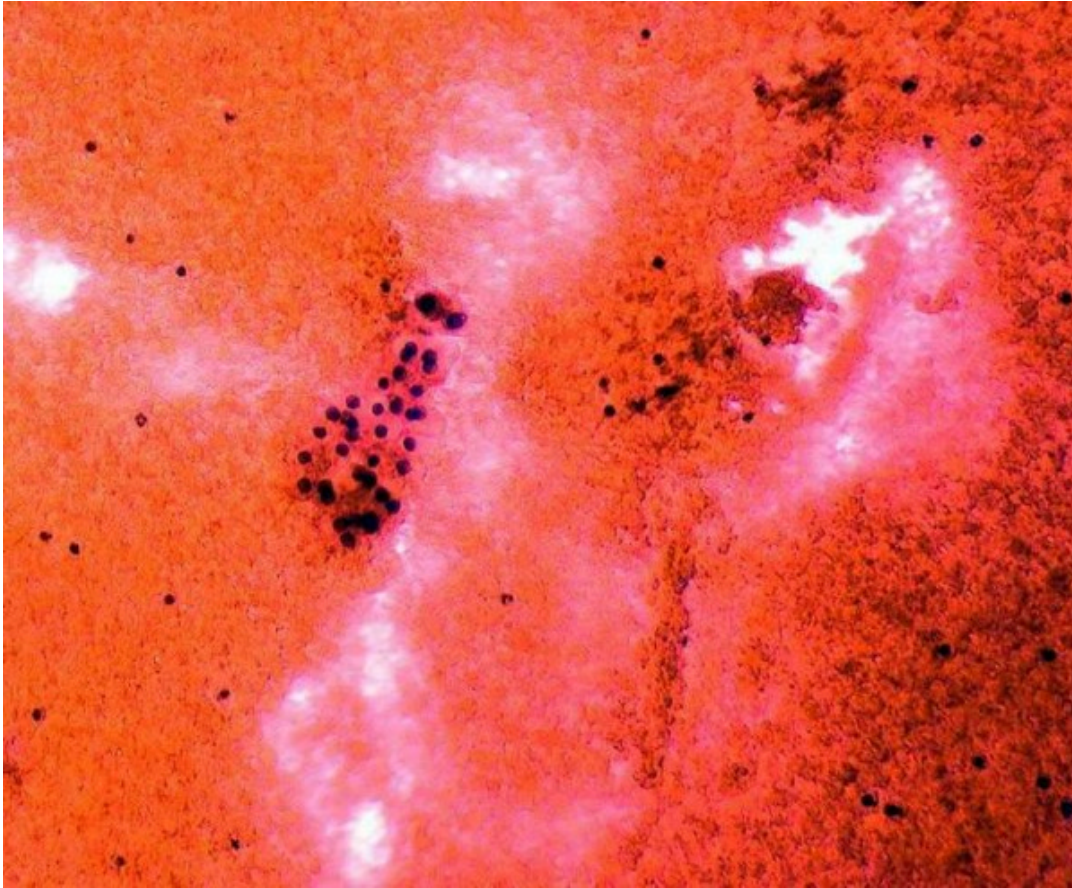


Figura1 - Fondo hemorrágico, con hepatocitos normales, sin núcleos displásicos.

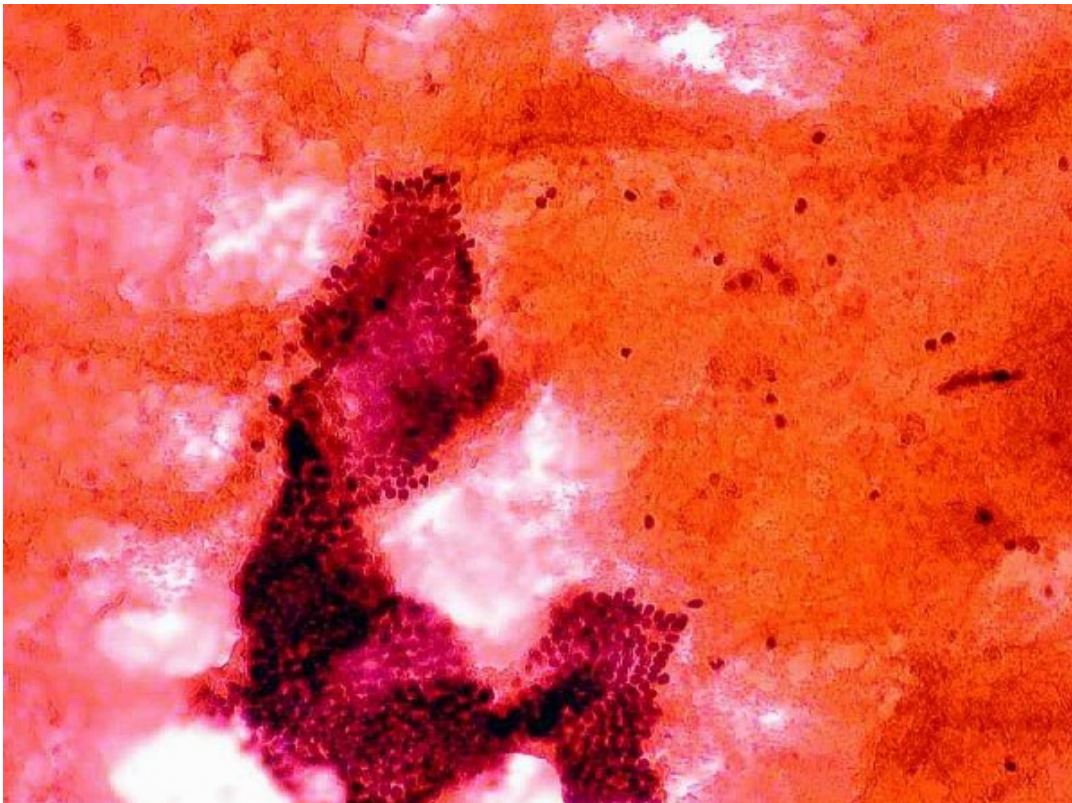


Figura2 - A gran aumento, placa de células pequeñas , escaso citoplasma , amontonamiento nuclear, hiperchromatismo, ausencia de nucleolo.

ANATOMIA PATOLOGICA

Para diagnóstico definitivo se recibió un nódulo de 270 grms, que mide 8x8x7 cms, que a la sección tenía una formación noduliforme con áreas blanquecinas fibrosas.

Al microscopio se confirma la benignidad de la lesión .

Se trata de una lesión nodular separada del parenquima hepático adyacente por tractos fibrosos, que muestra en el centro una cicatriz de disposición radial **Figura 3**. Esta constituida por tejido fibroso en la que son prominentes estructuras vasculares anómalas, con cambios telangiectásicos, mostrando en sus paredes material basófilo y focos alternantes de hiperplasia de capa muscular [Figura 4].

En la cicatriz central se observa una proliferación de colangioliolos

El parenquima hepático que constituye la lesión tiene aspecto pseudonodular con nódulos ocasionalmente encinturados globalmente por tractos fibrosos **Figura 5**. Los hepatocitos son normales y se disponen en placas de una o dos hileras **Figura 6**.

En la periferia de los nódulos es llamativa la proliferación de colangioliolos y de infiltrados inflamatorios agudos (polinucleares neutrofilos y eosinófilos) y/o crónicos (linfocitos), **Figura 7** y **Figura 8**.

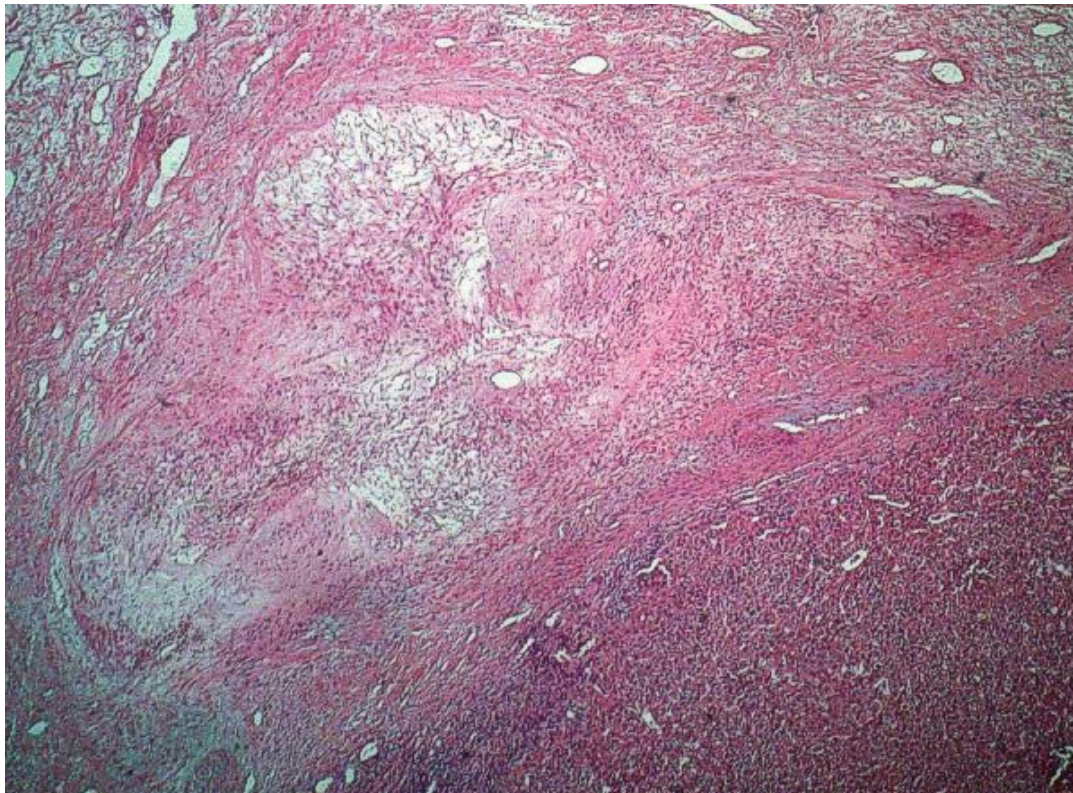


Figura 3 - Cicatriz central , constituida por tractos fibrosos, .HE x10

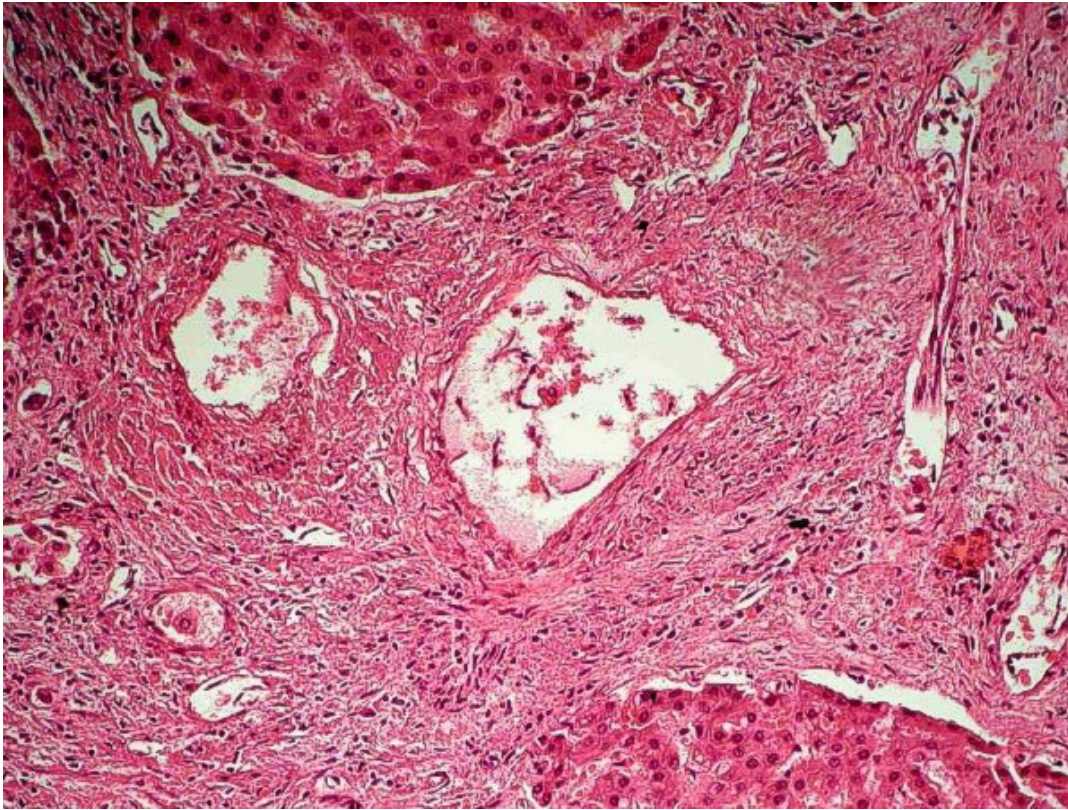


Figura4 - Estructuras vasculares anómalas en la cicatriz, con cambios telangiectásicos. HEx40

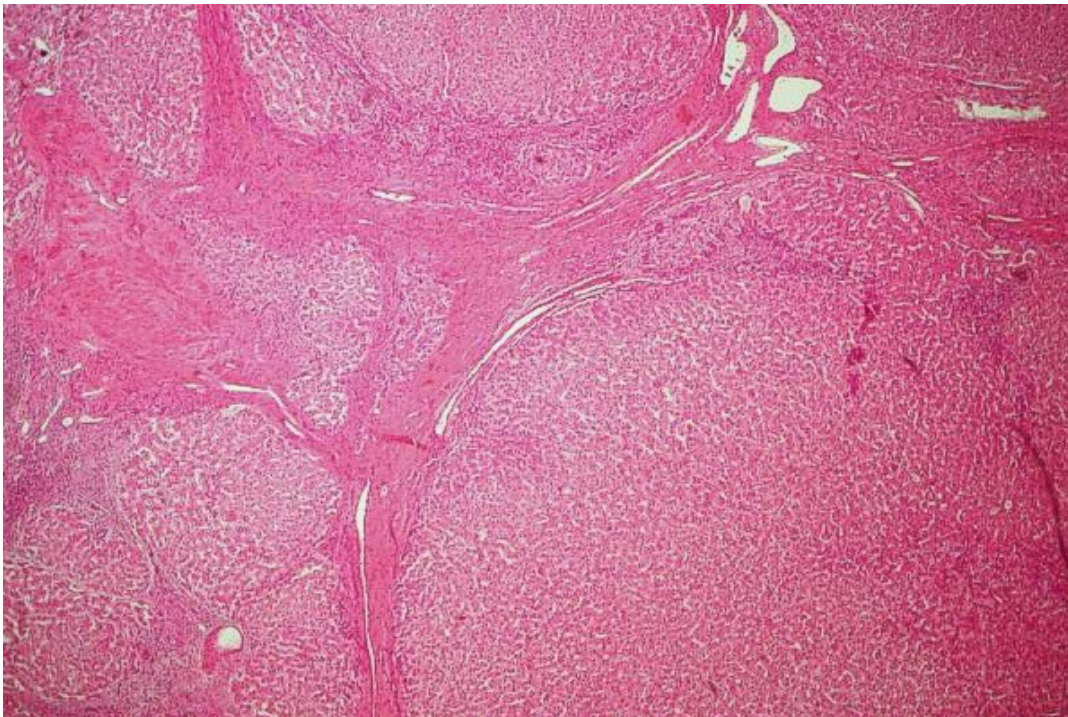


Figura 5 - Parenquima hepático que forma la lesión con aspecto nodular, con nódulos encinturados por tractos fibrosos.

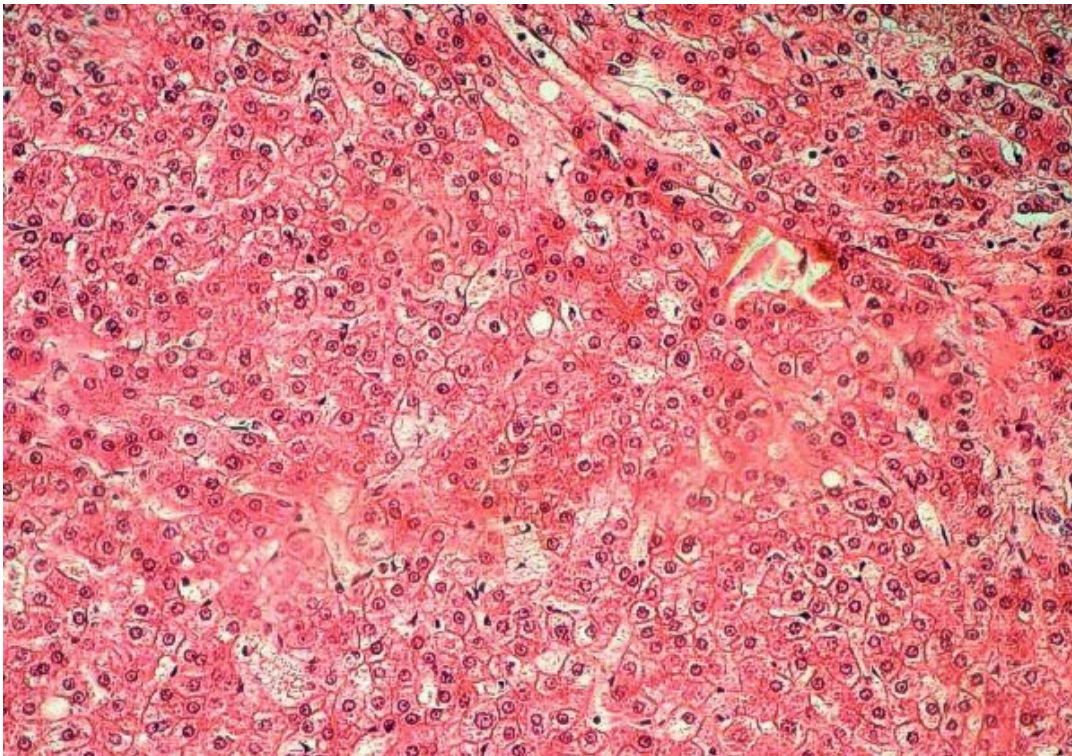


Figura6 - Hepatocitos de tamaño normal, sin cambios displásicos nucleares, dispuestos en placas.

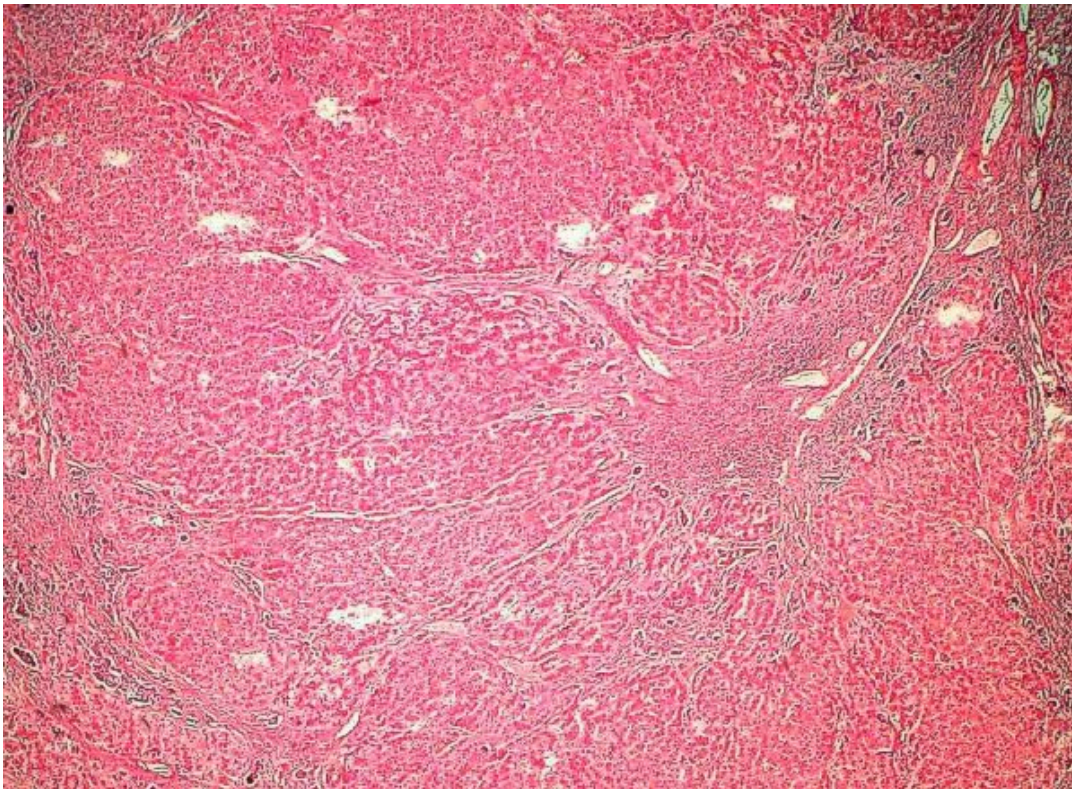


Figura7 - Proliferación de colangiomas. HEx10

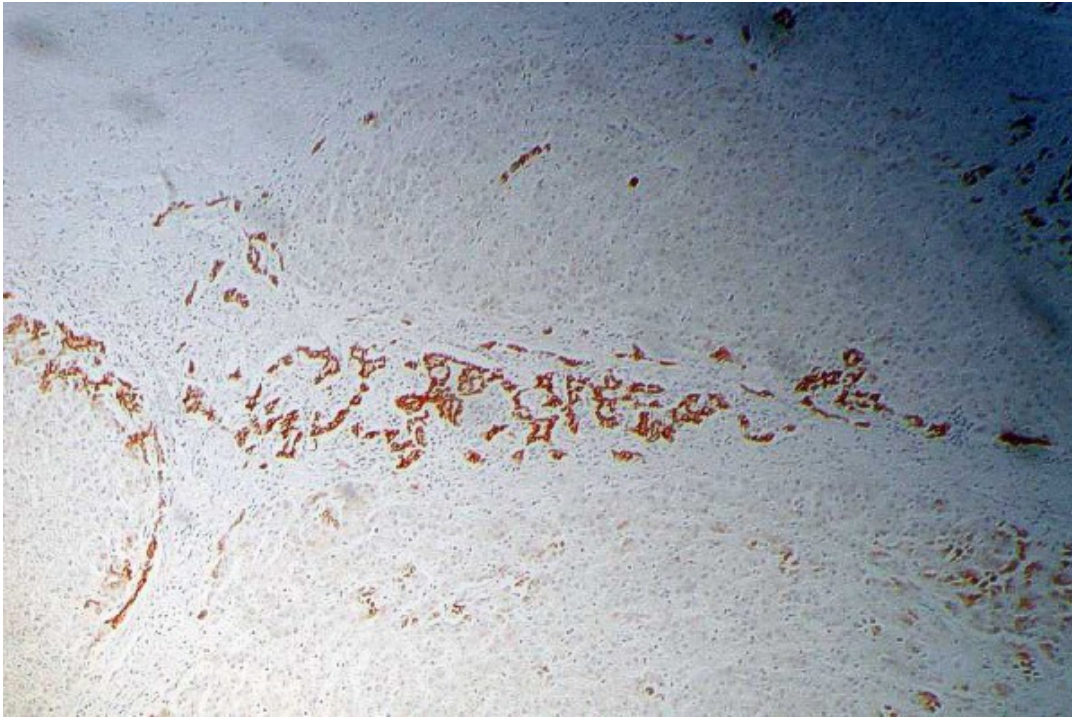


Figura8 - C7,10X.Tinción positiva para ductus biliaris.

DIAGNOSTICO

En efecto, se trata de una Hiperplasia Nodular Focal, una entidad que se da entre la tercera y quinta década de la vida, más frecuentemente en mujeres, y se relaciona con el consumo de anticonceptivos, clínicamente puede cursar con colestasis. El 20% es multicéntrica y tiene una cicatriz estrellada que permite su radiodiagnóstico.

Diagnostico diferenciales principales:

- ≪ Adenoma Hepatocelular: hepatocitos de citoplasma claro o vacuolado, ausencia de epitelio ductal biliar
- ≪ Carcinoma Fibrolamelar: cambios oncóticos en células tumorales, tejido fibroso.
- ≪ Colangiocarcinoma: este caso presenta un a abundante proliferación benigna de canaliculos biliares que se representaron citologicamente como acúmulos de células epiteliales pequeñas, con amontonamiento nuclear y sin "nucleolo" que no deben ser confundidas con malignidad y que dieron o afinaron el diagnóstico.

Conclusiones y Agradecimientos

Como conclusiones relevantes podemos destacar que la PAAF tiene un alto rendimiento diagnóstico en las lesiones tumorales hepáticas, permitiendo cada vez más establecer terapias acordes en función de criterios citopatológicos.

Se trata un caso raro, en cuanto a su forma de presentación (varón, marcador carcinoembrionario elevado..) pero que un buen estudio citológico permitió su correcta filiación a pesar de su extraña presentación.

Agradecimientos a la magistral citóloga, Dra. Agueda Bas Bernal y al Servicio de Anatomía Patológica del Hosp. Virgen de la Arrixaca.

Bibliografía

1. Rosay and Ackerman´s
2. Diagnostic Cythopathologic. Winefred Gray
3. Acta Cytol. 1989 Nov -Dic; 33: 857 -60
4. Diagn Cythopathol. 1991; 7(2): 204-10