SABi

Conduta nos Tumores Benignos de Fígado

Management of Benign Liver Tumors

Antonio Nocchi Kalil [1]
Luiz Fernando Abreu Jr. [2]
Marcelo Pereira da Rosa [2]
Fabrícia Schio [3]
Luiz Pereira-Lima [4]

Resumo

No período de 1988 à 1994, onze pacientes com tumores benignos de fígado foram tratados por um grupo cirúrgico. Tratavam-se de sete hemangiomas, dois adenomas e dois casos de hiperplasia nodular focal. Dois pacientes portadores de hemangioma apresentavam ruptura espontânea do tumor e, um outro doente com adenoma, teve ruptura da lesão após biópsia para diagnóstico. Todos os pacientes com hemangioma eram sintomáticos. A ressecção hepática foi realizada em todos os casos, sendo 1 hepatectomia direita ampliada, 4 hepatectomias direita, 2 lobectomias esquerda e, 4 bisegmentectomias. Não houve mortalidade no período pós-operatório. A ressecção de tumores hepáticos benignos está indicada em casos de adenoma, hemangioma sintomático e quando o diagnóstico é inconclusivo apesar da investigação pré-operatória.

Palavras-Chave: Hemangioma hepático, adenoma hepático, hiperplasia nodular focal.

Summary

Eleven patients with benign liver tumors during the year 1988 - 1994 were studied. There were hemangioma in seven cases, adenoma in two and focal nodular hyperplasia in 2. Two patients presented with spontaneous intratumoral rupture (hemangioma) and another after diagnostic biopsy (adenoma). All patients with hemangioma were symptomatic. Liver resection was performed in all cases, one extended right hepatectomy, four rigth hepatectomy, two left lobectomy and four bisegmentectomy. The mortality rate was 0. Resection of benign liver tumours is indicated in adenoma, symptomatic hemangioma and when the preoperative diagnosis is uncertain.

Key Words:*Hepatic hemangioma, hepatic adenoma, focal nodular hyperplasia.*

---

1. Professor Assistente do Departamento de Cirurgia da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA).
2. Residentes do Departamento de Cirurgia da FFFCMPA na Santa Casa de Porto Alegre.
3. Doutoranda da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
4. Professor Titular de Cirurgia Geral da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre e Adjunto da UFRGS. Chefe do Departamento de Cirurgia da Santa Casa de Porto Alegre.

Endereço para Correspondencia: Dr. Antonio Nocchi Kalil, Rua Riachuelo, 1134/201. Fone: 051/225.79.56. FAX: 051/225.43.10. 90010-272 - P. Alegre/RS/Brasil

Introdução

A utilização com maior freqüência dos exames de imagem, em especial da ecografia abdominal, provocou um número maior de diagnósticos de tumores hepáticos benignos (1). Entre estes, os mais comuns são o hemangioma, a hiperplasia nodular focal (HNF) e o adenoma hepatocelular. Estes tumores apresentam inúmeros problemas, quer sob o ponto de vista diagnóstico como terapêutico. Alguns possuem uma freqüencia que parece aumentar com o uso de contraceptivos orais, o diagnóstico morfológico e histológico, mesmo com a utilização de biópsia percutânea permanece muito difícil e, além disso, seu potencial evolutivo não é bem conhecido (2,3). O cisto biliar, apesar de frequênte, não é um tumor verdadeiro, além de raramente causar problemas de conduta médica (4).

A oportunidade que tivemos de tratar cirurgicamente uma série de pacientes portadores de tumores hepáticos benignos (hemangiomas, adenomas e HNF), levou-nos a estudar as principais características destes tumores, assim como a indicação cirúrgica neste grupo de doentes.

Pacientes e Métodos

No período de dezembro de 1988 à março de 1994, onze pacientes foram submetidos à ressecções hepáticas por tumores benignos no Serviço de Cirurgia Geral da Santa Casa de Porto Alegre, por um único grupo cirúrgico. Todos os pacientes eram do sexo feminino, com idade entre 26 e 48 anos e todos de cor branca. Destes, 7 apresentavam o diagnóstico pré-operatório de hemangioma e, em 4 doentes, não foi possível o diagnóstico de certeza do tipo de tumor celular antes da cirurgia. O laudo anátomo patológico da peça ressecada evidenciou a presença de adenoma em 2 casos e HNF nos restantes. Do grupo total, 3 apresentaram hemorragia como manifestação clínica inicial. Tratavam-se de 2 hemangiomas com sangramento intra-tumoral e um adenoma com sangramento em cavidade livre (hemoperitôneo), secundário à punção diagnóstica. Estes três doentes foram admitidos em regime de urgência, os dois primeiros com anemia intensa e dor em hipocôndrio direito e o terceiro em choque hipovolêmico decorrente do hemoperitôneo.

Os oito casos restantes foram tratados eletivamente. Todos os pacientes, além dos exames laboratoriais habituais em pré-operatório, possuiam provas de função hepática e de coagulação, ecografia e tomografia computadorizada. Em três pacientes portadores de hemangioma havia sido realizado arteriografia diagnóstica e, em um destes casos, foi tentada a embolização prévia do tumor sem sucesso.

Três pacientes portadores de hemangioma gigante apresentaram síndrome de consumo com diminuição do hematócrito e hemoglobina. Os outros dois doentes tinham como queixa principal dor e hepatomegalia. Dos três casos restantes, em dois, efetuou-se laparoscopia diagnóstica com biópsia e em ambos o laudo anátomo-patológico foi inconclusivo. Detalhes dos pacientes são apresentados na Tabela I.

A incisão de preferência nestes doentes foi subcostal bilateral, em um caso houve necessidade de

extensão para o hemitórax direito e em dois outros procedeu-se alongamento cranial até o xifóide. A localização do tumor hepático foi definida de acordo com a anatomia segmentar do fígado (5). O tamanho das lesões variou de 4 a 21cm e a necessidade de transfusão foi entre 0 e 2000ml. O tempo de clampeamento pedicular oscilou de 20 a 80 minutos. Em todos os casos procedeu-se a drenagem da cavidade abdominal.

As ressecções efetuadas foram hepatectomia direita ampliada em 1 caso, hepatectomia direita em 4 pacientes, quatro bi-segmentectomias e duas lobectomias esquerda. Detalhes das características do tumor e do tratamento efetuado estão na Tabela II.

Em todos os doentes realizamos controle laboratorial diário das provas de função hepática até o 5º dia de pós-operatório.

Resultados

Dos três doentes em que a indicação da ressecção ocorreu na urgência por hemorragia, o controle do sangramento foi obtido em todos os casos. O paciente submetido à hepatectomia direita ampliada apresentou no pós-operatório tardio derrame pleural à direita, que necessitou drenagem, com boa evolução. Tratava-se exatamente do doente em que foi efetuada extensão da incisão para o tórax. Um paciente submetido à hepatectomia direita apresentou ascite, atelectasia e derrame pleural à direita. Outro desenvolveu atelectasia e infecção da ferida operatória.

Todos os pacientes apresentaram uma elevação das transaminases no 1º pós-operatório pela ação do clampeamento pedicular, retomando os limites da normalidade entre o 4º e 5º dia de pós-operatório. Apenas um doente permaneceu com valores elevados de transaminases até o 10º dia, apresentando também hiperbilirrubinemia e diminuição do tempo de protrombina.

Todos os pacientes encontram-se vivos e assintomáticos no momento deste relato, com acompanhamento entre 1 e 62 meses.

Discussão

O hemangioma é o tumor benigno celular mais freqüente, com incidência relatada de 7% em série de autópsias (6). Pode ser descoberto em qualquer idade, com predominância pelo sexo feminino (3). Na grande maioria dos casos é assintomático, sendo descoberto fortuitamente à ecografia ou tomografia computadorizada. Apenas 20 a 40% destas lesões com mais de 4 cm de diâmetro são reveladas por manifestações clínicas como dor em hipocôndrio direito, hepatomegalia ou massa abdominal (2,3,7). Ainda mais raro é estar associado a anomalias biológicas, como trombopenia e fibrinopenia, síndrome inflamatória ou colestase anictérica (8). Estas anomalias podem corresponder à uma trombose ou hemorragia intra-tumoral (7,8). O trauma e a gravidez são relatados como fatores precipitantes de sangramento intra-tumoral ou ruptura em cavidade livre de hemangiomas de grande tamanho (2,3). O diagnóstico é realizado na maior parte dos casos através da ecografia e da tomografia computadorizada. A ressonância magnética é o exame mais sensível para o diagnóstico dos angiomas, em especial os de menor tamanho (1).

Exceto por suas complicações ou sintomatologia, o hemangioma mesmo volumoso, não necessita nenhum tratamento nem precaução particular. Nos casos em que determina sintomas ou complicações, o único tratamento eficaz é o cirúrgico (8,9). Outros tratamentos como radioterapia, embolização ou ligadura da artéria hepática, são pouco eficazes e mal tolerados, além de apresentar um risco de infecção bacteriana (3). Dois de nossos pacientes apresentaram hemorragia intra-tumoral necessitando operação de urgência e em três, a indicação da hepatectomia foi resultado de um consumo de plaquetas e fibrinogênio no interior do angioma. Vale ressaltar que estes 5 doentes apresentavam tumores maiores de 11cm, o que talvez justifique um acompanhamento mais amiúde para hemangiomas com diâmetro superior a 10 cm.

O adenoma hepatocelular é um tumor raro e quase exclusivamente da mulher entre 15 e 45 anos (10). A incidência de adenoma aumenta com o uso prolongado de contraceptivos orais. Esta noção, colocada sob suspeita após a publicação inicial em 1973 (11), foi formalmente estabelecida por dois estudos caso-controle (10,12). A descoberta desta lesão pode ser ocasional através de exames de imagem, mas frequentemente são os episódios dolorosos à nível de hipocôndrio direito que revelam o tumor (3). De todas as lesões benignas, é o adenoma que apresenta o maior risco de ruptura e sangramento, oscilando entre 26 e 40% (2,13). O uso contínuo de contraceptivos e a gravidez expõem os pacientes à um risco particularmente elevado (2).

O aspecto morfológico mais específico nos é fornecido pela Tomografia Computadorizada e pela Ressonância Magnética, mostrando uma zona centro-tumoral não vascularizada que corresponde à hemorragia ou necrose (1). Quanto a biópsia percutânea, não existe consenso na literatura sobre suas indicações (14). Dos dois pacientes que tratamos por adenoma, um apresentou hemorragia em cavidade livre secundária à punção percutânea. Como a ocorrência de sangramento após biópsia de adenoma não é infrequente, é nossa opinião que quando existe a possibilidade de tratar-se desta lesão, a punção está contra indicada. O tratamento do adenoma hepatocelular é a ressecção cirúrgica, quer o tumor seja sintomático ou não (2,14). Sua indicação repousa no risco de ruptura e na possibilidade de descobrir um carcinoma hepatocelular, que possui uma semelhança semiológica com o adenoma (15). Após a ressecção é prudente evitar o uso de contraceptivos e realizar ecografia de controle anual ou bi-anual (3).

A hiperplasia nodular focal (HNF) é o segundo tumor benigno hepatocitário em freqüencia, sendo referido atualmente como 10 vezes mais freqüente que o adenoma (2,3). É mais comum na mulher entre 20 e 50 anos, mas não é excepcional no homem (15). Sua ligação com o uso de contraceptivos orais não está bem estabelecida (3,15). O diagnóstico desta lesão é casual na maior parte das vezes, através de exames de imagem, mas 25% dos doentes apresentam dor (2,15). Como se trata de um tumor extremamente vascularizado, a ecografia com Doppler e a Resso-

nância Magnética são eficazes na suspeição diagnóstica, diminuindo o espaço da arteriografia e da cintilografia nos dias atuais (1). Como a possibilidade de complicações secundárias à HNF é excepcional, não existem argumentos para realizar a exérese de uma HNF quando o diagnóstico pré-operatório é de certeza. Entretanto, em mais da metade dos casos, o diagnóstico pré-operatório é muito difícil e o risco de deixar evoluir um adenoma, um hepatocarcinoma bem diferenciado ou um carcinoma fibrolamelar leva a maioria dos autores à propor a ressecção desta lesão (16). A punção biópsia percutânea no pré-operatório só tem valor quando a diferenciação entre o caráter benigno ou maligno do tumor pode modificar o gesto cirúrgico (3,14). Um de nossos doentes foi submetido à laparoscopia com realização de biópsia generosa da lesão e de tecido hepático normal, ainda assim, o laudo anátomo-patológico foi inconclusivo e o diagnóstico definitivo só foi confirmado com a peça cirúrgica.

Quando os exames pré-operatórios não permitem o dignóstico de um tumor celular, a nossa conduta atual tem sido de propor a intervenção cirúrgica. Em um estudo prospectivo em que todos os doentes com tumor de etiologia indeterminada foram operados, observou-se que 83% destes eram HNF, mas casos de adenoma e de carcinoma fibrolamelar também foram relatados (2). Enquanto se espera maiores progressos nos exames morfológicos e histológicos, a conduta referida acima permanece a primeira escolha, amparada nos relatos de mortalidade nula em importantes séries de hepatectomias por tumores benignos (17), e corroborada por nossa experiência inicial no tratamento destes tumores.

TABELA I - Pacientes com tumor Benigno de Fígado

Paciente	Idade	Sexo	Forma de Apresentação	Biópsia	Diagnóstico Final
1	36	f	Hemorragia	sim	Adenoma
2	29	f	Hemorragia	não	Hemangioma
3	42	f	Hemorragia	não	Hemangioma
4	38	f	Dor + Hepatomegalia	não	Hemangioma
5	48	f	Dor + Hepatomegalia	não	Hemangioma
6	32	f	Massa Palpável + Consumo	não	Hemangioma
7	31	f	Hepatomegalia + Colelitíase	sim	HNF
8	30	f	Massa Palpável	não	HNF
9	31	f	Massa Palpável	sim	Adenoma
10	37	f	Massa Palpável + Consumo	não	Hemangioma
11	26	f	Massa Palpável + Consumo	não	Hemangioma

TABELA II - Detalhes do Tumor e Tratamento Efetuado

Paciente	Local (segm)	Tamanho (cm)	Clampeamento (min)	Sangue (ml)	Procedimento Cirúrgico
1	IV,V	06	47	1000	Segmentec IV,V
2	IV,V,VI,	21	58	2000	Hepatectomia
2	VII,VIII	2	2	2	à D. Ampliada
3	V,VII,	13	52	1600	Hepatec à D.
3	VIII	3	3	3	3
4	VI,VII	04	60	500	Segmentec VI,VII
5	II,III	09	25	500	Lobectomia E.
6	V,VI,	15	60	1000	Hepatec. à D.
	VIII	6	6	6	6
7	IV,V	07	45	0	Segmentec. IV,V
8	V,VI	10	20	0	Segmentec. V,VI
9	V,VI,	09	45	1000	Hepatec. à D.
9	VII	9	9	9	9
10	II,III	11	35	0	Lobectomia E.
11	V,VI,	12	80	0	Hepatec. à D.
	VII,VIII				

Referências Bibliográficas

1. Kunstliger F, Ghémard O. Diagnostic morphologique des tumeurs du foie. In: Franco D, Smadja C (eds). Tumeurs du foie. Paris, Ed. Doin, 1992:15-25.
2. Belghiti J. Conduite à tenir devant une tumeur bénigne du foie. Ann Chir 1993: 47: 206-210.
3. Fléjou JF, Vilgrain V, Bejhamou JP. Tumeurs bénignes du foie. Diagnostique et indications thérapeutiques. In: Franco D, Smadja C (eds). Tumeurs du foie. Paris, Ed. Doin 1992, 147-166.
4. Benhamou JP, Menu Y. Non parasitic cystic diseases of the liver and intrahepatic biliary tree. In Blumgart LH, ed. Surgery of the liver and biliary trac. Ed. Churchill Livingstone, 1988: 1013-1024.
5. Bismuth H. Surgical anatomy and anatomical surgery of the liver. World J Surg 1982; 6: 3-9.
6. Feldman M. Hemangioma of the liver. Special reference to its association with cysts of the liver and pancreas. Am J Clin Pathol 1958; 29: 160-2.
7. Benhamou JP. Traitment des tumeurs bénignes du foie. Gastroenterol Clin Biol 1989; 13: 277-9.
8. Bornman PC, Terblanche J, Blumgart RL, Harries EP, Pickard H, Kalvaria I. Giant hepatic hemangiomas: diagnosis and therapeutic dilemmas. Surgery 1987; 101: 445-449.
9. Alper A, Arioguz O, Emre A, Uras A, Okten A. Treatment of liver hemangiomas by enucleation. Arch Surg 1988; 123: 660-1.
10. Rooks JB, Ory HW, Ishak KG. Epidemiology of hepatocellular adenoma. The role of oral contraceptive use. JAMA 1979; 242: 644-8.
11. Baum JK, Holtz F, Bookstein JJ, Klein EW. Possible association between benigne hepatomas and contraceptives. Lancet 1973; 2: 926-9.
12. Edmonson HA, Henderson B, Benton B. Liver-cell adenomas associated wiyh use of oral contraceptives. N Engl J Med 1976; 294: 470-2.
13. Letoublon CH, Champetier J, Ben Bassa A, Durand A, Laborde Y, Pasquier D. Tumeurs bénignes du foie et contraceptifs oraux. Lyon Chir 1978; 21: 121-124.
14. Leese T, Farges O, Bismuth H. Liver cell adenomas. A 12 year surgical experience from a specialist hepato-biliary unit. Ann Surg 1988; 208: 558-564.
15. Shortell CK, Schwartz SI. Hepatic adenoma and focal nodular hyperplasia. Surg Gynecol Obstet 1991; 173: 426-31.
16. Otte JB. Comentaire sur les tumeurs bénignes du foie. Ann Chir 1993; 47: 212-14.
17. Iwatsuki S, Starlz TE. Personal experience with 411 hepatic resections. Ann Surg 1988; 208: 421-34.