EMBOLOGIZAÇÃO DE EMERGÊNCIA EM ADENOMA HEPÁTICO ROTO

EMERGENCY TRANSARTERIAL EMBOLIZATION IN RUPTURED HEPATOCELLULAR ADENOMA

Valéria Catharina Theodorovitz¹; Beatriz Sordi Chara¹; Gabriela Baum¹; Claudia Theis²; Karina Luiza Zimmermann²; Murilo Pilatti^{1,2}.

RESUMO

Introdução: O adenoma hepatocelular (AHC) consiste em uma neoplasia hepática benigna que tem como principal fator de risco o uso prolongado de contraceptivos orais a base de estrogênio. A suspeita diagnóstica costuma ser feita através da presença de sintomas de abdome agudo hemorrágico. Técnicas minimamente invasivas vêm sendo cada vez mais propostas para diminuir a morbimortalidade.

Relato do caso: Este artigo expõe o caso de uma paciente jovem do sexo feminino, hemodinamicamente instável e diagnosticada com grande AHC roto. **Conclusão:** A paciente foi submetida a tratamento por meio da embolização transarterial (ETA), ainda na fase aguda, resultando em controle do sangramento, estabilização do quadro e sucesso terapêutico.

Palavras chave: Adenoma de Células Hepáticas. Embolização Terapêutica. Medicina de Emergência.

ABSTRACT

Introduction: Hepatocellular adenoma (HCA) is a neoplastic liver lesion strongly associated with a long term use of Estrogen Oral Contraceptive Pill (EOCP). Diagnoses are most often made during symptoms of hemorrhagic acute abdomen. Minimally-invasive techniques has been recommended in order to decrease morbidity and mortality. **Case report:** This article reports a case of large HCA ruptured, diagnosed in a young female whom arrived hemodynamically instable at emergency room and was treated by Transarterial Embolization (TEA). **Conclusion:** The treatment controlled the acute bleeding and successfully stabilizes the patient.

Keywords: Adenoma, Liver Cell. Embolization, Therapeutic. Emergency Medicine.

INTRODUÇÃO

O Adenoma Hepático ou Hepatocelular (AHC) é uma neoplasia hepática rara proveniente do tecido epitelial, cuja prevalência vem aumentando ao longo das últimas décadas principalmente em mulheres na fase reprodutiva. O aumento de sua incidência foi atribuído a difusão do uso de pílulas anticoncepcionais orais (ACO), além de avanços e maior disponibilização das técnicas de diagnóstico por imagem¹⁻³. A associação da patologia com a utilização de ACO contendo estrogênio teve sua descrição inicial em 1973, quando foram relatados os primeiros sete casos. Na atualidade, estima-se que a cada ano, cerca de 3 em cada 100.000 mulheres que utilizam ACO a longo prazo, desenvolvem AHC⁴⁻⁶.

As orientações para manejo do AHC também sofreram algumas mudanças ao longo dos últimos anos, atualmente, a conduta é definida pelo estado hemodinâmico

do paciente. Diante de quadros estáveis, pode ser realizado tratamento conservador, com acompanhamento da evolução por meio de exames de imagem, e em condições de instabilidade persistente ou hemoperitônio, maiores intervenções são indicadas^{4,5}. Nesses casos, técnicas minimamente invasivas, como a Embolização Transarterial (ETA), vêm sendo empregadas por estarem associadas a menor índice de letalidade e melhor prognóstico quando comparado às ressecções cirúrgicas¹⁻⁴.

RELATO DO CASO

Paciente feminina, 31 anos, previamente hígida, obesa, com índice de massa corporal (IMC) de 37 e história de uso de contraceptivo oral desde os 14 anos de idade, deu entrada no Hospital Municipal São José (HMSJ) de Joinville (SC), devido a dor abdominal de início súbito, de forte intensi-

¹Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE) - Departamento de Medicina - Joinville - SC- Brasil

²Hospital Municipal São José de Joinville (HMSJ) - Departamento de Cirurgia Geral - Joinville - SC - Brasil

dade em hipocôndrio direito, com irradiação para dorso, associada a astenia. Negava história de trauma. Ao exame físico apresentava-se hipotensa e taquicárdica, com dor abdominal, porém sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais evidenciaram Hemoglobina (Hb) de 5g/dl, Hematócrito (Ht) de 16,5%, leucócitos $16.360/\text{mm}^3$, plaquetas $268000/\text{mm}^3$, Transglutaminase Oxalacética (TGO) 1960 U/L, Transglutaminase Pirúvica (TGP) 1697 U/L, Fosfatase Alcalina (FA) 627 U/L, Gamma Glutamil Transpeptidase (GGT) 335 U/L. A ultrassonografia (USG) de abdome realizada demonstrou volumosa tumoração sólida e heterogênea em lobo direito, medindo $18,3 \times 15,5 \times 15,5$ cm, com líquido livre na cavidade.

Prosseguiu-se investigação com Tomografia Computadorizada (TC) contrastada de abdome, a qual evidenciou formação expansiva nodular e heterogênea com conteúdo hemorrágico (Figura 1), comprometendo grande parte do lobo hepático direito, provocando o deslocamento medial das estruturas do hilo hepático e da veia cava inferior e presença de líquido livre intraperitoneal. O exame detectou extravasamento de contraste no interior da massa sugerindo sangramento ativo (Figura 2).

Figura 1. TC abdominal demonstrando adenoma hepatocelular roto (seta 1) e líquido livre no espaço subfrenico (seta 2).

Devido à suspeita de adenoma hepático roto, contatou-se a cirurgia vascular, que optou pela realização de embolização de emergência de segmento acometido. Após a realização da ETA a paciente evoluiu com melhora gradual de marcadores hepáticos, estabilidade de HB e HT, seriados exames de imagem que não evidenciaram novos episódios de sangramento, não sendo

necessária a complementação terapêutica por cirurgia aberta.

Figura 2. Arteriografia com extravasamento do contraste na massa nodular hepática (segmento 8) demonstrando sangramento ativo.

A paciente recebeu alta após duas semanas de internação, com boa evolução e acompanhamento com equipe de cirurgia hepatobiliar do HMSJ. Atualmente, permanece assintomática e realiza seguimento ambulatorial a cada três meses por meio de USG e TC abdominais, mantendo imagem compatível com adenoma hepático em lobo direito.

Figura 3. TC abdominal após embolização transarterial demonstrando redução do volume do AHC.

DISCUSSÃO

O Adenoma Hepatocelular (AHC) apresenta diversos fatores de risco, como obesidade, síndrome metabólica, hipertensão e dislipidemia, sendo o uso de anticoncepcionais orais o fator de risco de maior relevância epidemiológica. A incidência anual dessa neoplasia aumentou nas últimas décadas, sendo atualmente de 1 para 1 milhão em mulheres que nunca utilizaram ACOs, e de 35 para 1 milhão por ano em pacientes que utilizam contraceptivos orais há longo prazo³.

A importância clínica desta patologia é relacionada ao seu potencial de evolução para complicações hemorrágicas e malignização, frequentemente necessitando de maiores intervenções^{4,5}. No entanto, a sua maioria apresenta-se assintomático sendo identificado de maneira incidental através de exames de imagem ou, então, em quadros já complicados com sinais de ruptura e sangramento abdominal. Assim, podendo estar associado a dor súbita em quadrante superior direito, anorexia, vômito e febre⁷. No caso relatado, a paciente foi admitida com dor em hipocôndrio direito associada a instabilidade hemodinâmica, sendo então, submetida a exames de imagem e laboratório nos quais foi evidenciada lesão hemorrágica de foco hepático.

Em relação aos parâmetros laboratoriais, são frequentes as alterações nos valores de GGT e FA⁷. Anormalidades nos testes de lesão hepática são mais raras, mas estavam presentes no quadro da paciente relatada, bem como altos níveis de GGT e FA.

Na investigação por imagem, o USG de abdome pode ser útil inicialmente, pois é capaz de identificar tumorações sólidas e tecidos de aspecto necrótico. Por outro lado, com a TC, são obtidas imagens de melhor definição, nas quais é possível diferenciar áreas de necrose, sangramento ou fibrose, além da presença de líquido livre e lesões em expansão, como demonstrado no caso⁷.

Quando identificado um adenoma sem sinais de ruptura, pode-se definir a conduta terapêutica de acordo com seu tamanho. Lesões pequenas, com menos de 5 cm de diâmetro, raramente desencadeiam sintomas ou complicações e podem ser tratadas de maneira conservadora. Lesões maiores que 5 cm e/ou quadros sintomáticos, especialmente diante de sinais de alarme para transformação maligna em

exames de imagem, possuem indicação de ressecção cirúrgica eletiva⁸. No entanto, a utilização de terapias minimamente invasivas como a ETA tem demonstrado maior eficácia e vem ganhando espaço no tratamento do adenoma hepático, independentemente de seu tamanho inicial^{1,6}.

Em casos de AHC rotos, o manejo é voltado à hemostasia e a garantia da estabilidade hemodinâmica por meio de ressuscitação volêmica, transfusão e embolização adequadas⁹. A ressecção cirúrgica de emergência deve ser evitada pois demonstra taxas de mortalidade 5-10 vezes maior em comparação à cirurgia eletiva, entretanto, pode ser necessária em casos de instabilidade refratária¹⁰⁻¹². Em seu lugar, a ETA, mostra-se muito mais segura e efetiva na contenção da hemorragia, além de reduzir os índices de reabordagem tardia por necrose do adenoma⁹.

A investigação subsequente à terapia deve ser realizada para verificar a etiologia da lesão, não devendo ser retardada. Isso porque, na presença de carcinomas hepatocelulares, adenomas atípicos ou lesões com risco de malignização a ressecção cirúrgica deve ser discutida. Já em casos de adenomas confirmados, a remoção cirúrgica tardia tem se mostrado desnecessária com o uso da ETA^{9,12}. Em seguimento, deve ser feita a interrupção do uso de ACO e o acompanhamento com exames de imagem como tomografia ou ressonância magnética.¹

No caso clínico apresentado, a rápida identificação da ruptura do adenoma e opção pelo tratamento com embolização foi o que garantiu melhora hemodinâmica, permitindo sucesso terapêutico e a boa evolução da paciente, não sendo necessária nova abordagem cirúrgica para ressecção da lesão.

REFERÊNCIAS

1. Nasser F, Affonso BB, Galastri FL, Odisio BC, Garcia RG. Minimally invasive treatment of hepatic adenoma in special cases. *Einstein (Sao Paulo)*. 2013;11(4):524-7. doi: 10.1590/s167945082013000400021
2. Pinto LEV, Silva JPR, Rêgo GC, Garcia JHP. Tratamento cirúrgico tardio para ruptura espontânea de adenoma hepatocelular: relato de caso. *Arq Bras Cir Dig*. 2015;28(4):293-301.

- doi:/10.1590/S01026720201500030022.
3. Marrero JA, Ahn J, Rajender Reddy K; American College of Gastroenterology. ACG clinical guideline: the diagnosis and management of focal liver lesions. *Am J Gastroenterol*. 2014;109(9):1328-47. doi:10.1038/ajg.2014.213
 4. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines on the management of benign liver tumours. *J Hepatol*. 2016;65(2):386-98. doi: 10.1016/j.jhep.2016.04.001.
 5. Klompenhouwer AJ, De Man RA, Thomeer MGJ, Ijzermans JNM. Management and outcome of hepatocellular adenoma with massive bleeding at presentation. *World J Gastroenterol*. 2017;23(25):4579-86. doi: 10.3748/wjg.v23.i25.4579.
 6. Agrawal S, Agarwal S, Arnason T, Saini S, Belghiti J. Management of hepatocellular adenoma: Recent advances. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2015;13(7):1221-30. doi: 10.1016/j.cgh.2014.05.023.
 7. Vargas-Flores E, Pérez-Aguilar F, Valdez-Mendieta Y. [Extracapsular hepatic adenoma. Case report and literature review]. *Cir Cir*. 2017;85(2):175-80. Spanish. doi: 10.1016/j.circir.2015.12.006.
 8. McKay B, Webber L, Manoharan B, Miller G, Clouston A, Bryant R, et al. Large size and haemorrhage are not contraindications to laparoscopic resection of hepatocellular adenoma. *ANZ J Surg*. 2020;90(6):1099-103. doi: 10.1111/ans.15702.
 9. Dokmak S, Aussilhou B, Rasoaherimenjanahary F, Ronot M, Dahdouh R, Ftériche FS, et al. Hemorrhage of hepatocellular adenoma: a complication that can be treated by conservative management without surgery. *HPB*. 2018;20(12):1198-205. doi: 10.1016/j.hpb.2018.06.1796.
 10. Thomeer MG, Broker M, Verheij J, Doukas M, Terkivatan T, Bijdevaate D, et al. *Therap Adv Gastroenterol* 2016;9(6):898-912. doi: 10.1177/1756283X16663882.
 11. Zhao C, Pei S-L, Cucchetti A, Tong T-J, Ma Y-L, Zhong J-H, et al. Systematic review: benefits and harms of transarterial embolisation for treating hepatocellular adenoma. *Aliment Pharmacol Ther*. 2017;46:83. doi: 10.1111/apt.14044.
 12. Darnis B, Rode A, Mohkam K, Ducerf C, Mabrut JY. Management of bleeding liver tumors. *J Visc Surg*. 2014;151(5):365-75. doi: 10.1016/j.jviscsurg.2014.05.007.
- Fonte de financiamento: Não
Conflito de interesses: Não
Data de Submissão: 06 Junho 2020
Decisão final: 08 Março 2021
- E-mail do autor:**
Valéria Catharina Theodorovitz
E-mail: valeria.theo@hotmail.com
valeriaattheo@gmail.com