

Leonardo de Lucca Schiavon¹, Janaína Luz Narciso Schiavon¹, Bruna Schmitz Serpa², Maria Beatriz Caceze Shiozawa³, Diogo Campos Tamiozo⁴, Fernando Ferraz de Miranda⁴

¹Serviço de Gastroenterologia – Universidade Federal de Santa Catarina; ²Clinica Imagem – Medicina Diagnóstica; ³Macro e Micro Anatomia Patológica; ⁴Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo – Universidade Federal de Santa Catarina

INTRODUÇÃO

- Obesidade e síndrome metabólica são fatores de risco para adenomas hepáticos, particularmente de subtipo inflamatório.
- Ainda que as mudanças de estilo de vida sejam universalmente recomendadas, o impacto da perda acentuada de peso relacionada à cirurgia bariátrica sobre os adenomas hepáticos não está estabelecido, com apenas 5 casos relatados na literatura médica.

OBJETIVOS

- Descrever a evolução de três casos de múltiplos adenomas hepáticos em mulheres com obesidade mórbida submetidas à cirurgia bariátrica.

MÉTODOS

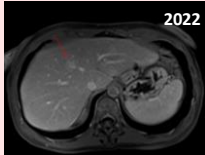
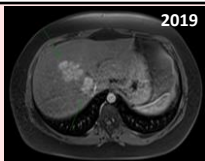
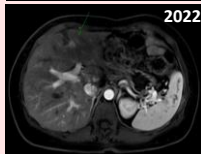
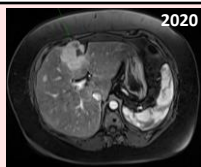
- Três mulheres avaliadas por adenomas hepáticos (2 casos confirmados por biópsia, subtipo inflamatório, beta-catenina negativa) com indicação tradicional de cirurgia bariátrica foram reavaliadas com exames de imagem.

CASO 1

■ Paciente de 38 anos, assintomática, em uso de contraceptivo oral (Gestodeno + Etinilestradiol), com IMC 40 kg/m² na avaliação inicial e sem outras comorbidades. Foi encaminhada em 2019 por múltiplos adenomas (RM inicial com esteatose hepática e 12 lesões sugestivas de adenomas, as maiores com 6,7 cm, 4,5 cm, 3,0 cm nos segmentos IVb, II e VI, respectivamente - figura).

■ Paciente foi acompanhada durante 1 ano após interrupção do contraceptivo oral e com orientações de mudanças de estilo de vida. Nesse período não foram observadas mudanças significativas nos adenomas hepáticos e nem perda de peso.

■ Foi submetida a *bypass* em dezembro de 2020, sem intercorrências. RM de controle após dois anos (IMC 25 kg/m²) mostrou desaparecimento da esteatose e da maioria das lesões, permanecendo nódulos 0,6 cm e 1 cm nos segmentos IVA e IVB, respectivamente (figura). Atualmente mantém seguimento clínico, sem complicações do procedimento



CASO 2

■ Paciente de 29 anos, assintomática, em uso de contraceptivo implantável (etonogestrel), com de IMC 42 kg/m² e sem comorbidades na avaliação inicial. Foi encaminhada em 2019 por adenomatose hepática (RM inicial com esteatose e 6 lesões sugestivas de adenomas, as maiores com 5,0 cm, 4,0 cm e 3,0 cm nos segmentos VIII, IVa e VIII, respectivamente - figura).

■ Foi acompanhada inicialmente por período de 9 meses após retirada do contraceptivo implantável e orientações quanto a mudanças de estilo de vida. Nesse período não houve regressão dos adenomas e houve ganho de peso.

■ Foi submetida a *bypass* gástrico em julho de 2020, sem intercorrências. RM de controle após dois anos (IMC 20 kg/m²) mostrou ainda 6 lesões, porém com redução de suas dimensões, as maiores de 3,1 cm e 2,9 cm nos segmentos IVa e VIII. Mantém seguimento, sem intercorrências no período.

CASO 3

■ Paciente de 35 anos, assintomática, não usuária de contraceptivos, IMC 45 kg/m², encaminhada após cirurgia bariátrica (*bypass*) para seguimento de adenomas hepáticos (RM inicial no pré-operatório com esteatose e 3 lesões sugestivas de adenomas, 2,0 cm, 1,5 cm e 1,1 cm nos segmentos III, IVb e IVa, respectivamente). Biópsia hepática no transoperatório mostrou esteatohepatite estágio 4, as lesões não foram biopsiadas. RM de controle após 1 ano (IMC 25 kg/m²) mostrou resolução da esteatose e desaparecimento completo das lesões nodulares.

CONCLUSÕES

- a cirurgia bariátrica deve ser considerada dentre as possibilidades terapêuticas para pacientes com adenomas inflamatórios e obesidade grave, especialmente em casos de lesões grandes e múltiplas, nos quais a ressecção é tecnicamente desafiadora.