

Clauber Teles Veiga¹, Marlone Cunha-Silva^{1,2}, Elaine Cristina de Ataíde², Simone Reges Perales², Ilka de Fátima S. F. Boin², Larissa Bastos Eloy da Costa³, Eloy Vianey Carvalho de França¹, Amanda de Lacerda Clevalério¹, Xiaoxin Wu¹, Tiago Sevá-Pereira^{1,2}

Serviço de Gastroenterologia (Gastrocentro)¹, Unidade de Transplante Hepático², Departamento de Anatomia Patológica³, Hospital de Clínicas – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil.

Introdução

Hemangiomas são os tumores benignos mais comuns do fígado e acometem principalmente o sexo feminino. Em geral, são pequenos e não causam sintomas, sendo diagnosticados incidentalmente em ultrassonografias. Hemangiomas gigantes, por outro lado, podem causar sintomas como dor abdominal e plenitude, perda de peso e aumento do volume do abdome, podendo requerer alguma terapia. Este é o relato de uma paciente cirrótica com hemangioma gigante tratado cirurgicamente de forma bem-sucedida.

Caso clínico

Paciente do sexo feminino, 62 anos, com desconforto no andar superior do abdome nos últimos cinco anos. Ela tinha um diagnóstico anterior de hemangioma hepático, mas só foi encaminhada quatro anos depois, quando a ultrassonografia abdominal revelou uma lesão hepática focal medindo 9,7 cm e sinais de doença hepática crônica com esplenomegalia (15,3 cm). A paciente tinha diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, era eutrófica e estava em uso de atenolol, losartano, indapamida, metformina, sulpirida, gliclazida, omeprazol e alprazolam. Ela havia perdido 6 kg nos últimos 2 anos. Ao exame físico, apresentava abdome globoso e flácido, com fígado palpável a 5 cm do rebordo costal direito, indolor e com bordas rombas; o baço era palpável a 4 cm do rebordo costal esquerdo.

A tomografia computadorizada de abdome mostrou sinais de hepatopatia crônica com hipertensão portal, esplenomegalia, ascite mínima e imagem exofítica em lobo hepático esquerdo medindo 11,5 cm com hiper captação arterial centrípeta, compatível com hemangioma gigante. A paciente apresentava varizes esofágicas de fino calibre, e trombocitopenia, o escore de Child-Pugh e MELD (Model for End-Stage Liver Disease) eram A6 e 9, respectivamente. Não havia história de etilismo, os autoanticorpos e as sorologias para hepatites virais eram negativas. Foi optado por ressecção cirúrgica da lesão, sem intercorrências imediatas. Entretanto, duas semanas depois, a paciente apresentou ascite, peritonite bacteriana espontânea e injúria renal aguda, sendo tratada com ceftriaxona e albumina com boa resposta. A análise histológica revelou um hemangioma hepático cavernoso e a avaliação do parênquima não tumoral adjacente mostrou cirrose (estágio 4C de Laennec), com esteatose macrofotocitária, balonização leve e sem critérios suficientes para esteato-hepatite. A etiologia da cirrose foi compatível com doença hepática gordurosa metabólica.

Conclusões

É importante se manter vigilante em relação à possibilidade de descompensação hepática após ressecção cirúrgica em pacientes portadores de hipertensão portal, mesmo naqueles cuja função hepática inicialmente se apresenta preservada.

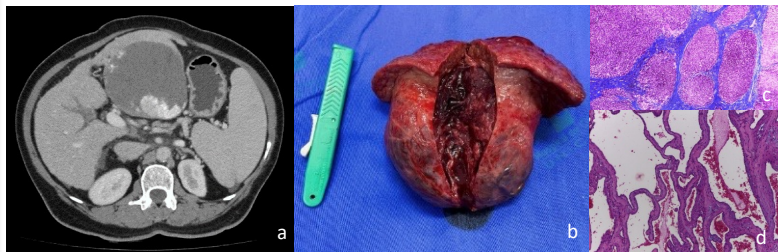


Figura: Hemangioma gigante em paciente cirrótica: (a) corte axial de tomografia computadorizada em fase portal; (b) produto de hepatectomia parcial atípica; (c) parênquima cirrótico não tumoral (tricômio de Masson); (d) hemangioma cavernosomatoso (HE).

Referências:

- European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines on the management of benign liver tumours. *J Hepatol*. 2016 Aug;65(2):386-98. doi: 10.1016/j.jhep.2016.04.001. Epub 2016 Apr 13. PMID: 27085809.
- Galvão BVT, Torres LR, Cardia PP, Nunes TF, Salvadori PS, DiIppolito G. Prevalence of simple liver cysts and hemangiomas in cirrhotic and non-cirrhotic patients submitted to magnetic resonance imaging. *Radiol Bras*. 2013 Aug;46(4):203-8.
- Citterio D, Facciorusso A, Sposito C, Rota R, Bhoori S, Mazzaferro V. Hierarchy Interaction of Factors Associated With Liver Decompensation After Resection for Hepatocellular Carcinoma. *JAMA Surg*. 2016 Sep 1;151(9):846-53.