

ADENOMA BETA-CATENINA MUTADO EM PACIENTE CIRRÓTICO: RELATO DE CASO

Gastrointestinal

DADOS DO CASO

Autores: Mariana Barros Mendonça Figueirêdo - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) - mariana.barros@unifesp.br

Julia Espíndola Guimarães - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) - juliaespindolaguimaraes@gmail.com

Gustavo Fernandes de-Lima - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) - gustavofdelima4@gmail.com

Paulo Henrique Barros de-Lima - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) - paulohenriquelima20@gmail.com

Autor correspondente: Mariana Barros Mendonça Figueirêdo | Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Diagnóstico por Imagem - São Paulo - SP – Brasil | mariana.barros@unifesp.br

Palavras chaves: Adenoma. beta Catenina. Cirrose Hepática

URL: -

DOI: -

RESUMO

Apresentamos um caso de adenoma hepatocelular β -catenina mutado em paciente cirrótico, assintomático, com alfa-fetoproteína (AFP) normal que foi inicialmente categorizada como LI-RADS 4 devido a cápsula e washout, mas com ausência do hiperrealce arterial. A discordância com a AFP baixa reforçou a necessidade de biópsia para o manejo adequado.

HISTÓRICO CLÍNICO

Masculino, 64 anos, com cirrose hepática por vírus C, assintomático, em rastreio. A ultrassonografia identificou massa heterogênea no lobo hepático esquerdo. Os exames laboratoriais mostraram AFP de 1,9 ng/mL e elevação de Gama GT (GGT): 499 U/L. Demais enzimas hepáticas (TGO, TGP e fosfatase alcalina) dentro dos níveis de referência.

ACHADOS RADIOLÓGICOS

A Ultrassonografia (USG) demonstrou massa bem delimitada, heterogênea e hipoecogênica no lobo hepático esquerdo, com fluxo interno ao Doppler (Figura 1). A Tomografia Computadorizada (TC) de abdome evidenciou a massa no Segmento IVa, medindo 9,2 cm, isodensa, com realce heterogêneo pelo contraste e washout nas fases tardias (Figura 2). Na Ressonância Magnética (RM), a massa não exibiu hiperrealce arterial periférico, mas mostrava

formação de cápsula e washout nas fases tardias (Figura 3). Apresentava discreto hipersinal em T2 e ausência de gordura intralesional. Não havia restrição à difusão ($ADC = 863 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$), deslocando as veias hepáticas e o ramo esquerdo da veia porta (Figura 4).

DISCUSSÃO

Diante de um paciente cirrótico por vírus C tratado é possível a aplicação da classificação LI-RADS. As características desta massa (ausência de hiperrealce arterial periférico, diâmetro maior que 2,0 cm, formação de cápsula e washout) a categorizam como LI-RADS 4 [1]. Nesta categoria, a probabilidade de ser um carcinoma hepatocelular (CHC) é de 84% e de esta lesão ser maligna é de 81%. Estudos recentes demonstram que a combinação de critérios maiores na classificação LI-RADS pode refinar a probabilidade de CHC; neste caso, as características apontam para uma chance de aproximadamente 92% de CHC [2]. Logo, cerca de 8% das lesões com características semelhantes não são CHC, mas ainda têm chance de serem lesões potencialmente malignas, como o adenoma beta-catenina mutado. Adicionalmente, o paciente apresentava valores baixos de AFP (1,9 ng/mL), fragilizando o diagnóstico de CHC e contribuindo para a indicação de biópsia. Embora a AFP possa estar normal em alguns tumores, valores baixos frente a uma lesão volumosa alertam para diagnósticos alternativos, já que a

conduta baseada apenas na imagem poderia levar a terapias indevidas [3]. A biópsia guiada por USG revelou perfil imuno-histoquímico de adenoma beta-catenina mutado, destacando-se a negatividade para Glypican-3, que afasta a possibilidade de CHC. Este subtipo corresponde a 10-15 % dos adenomas, sendo que a maioria acometida são homens jovens em uso de esteróides anabolizantes ou portadores de doenças metabólicas, como na doença de armazenamento de glicogênio. Em geral são assintomáticos, mas podem cursar com dor abdominal pelo tamanho ou devido a complicações como necrose e hemorragia intralesional [4]. Os achados de imagem podem se sobrepor aos do CHC e da hiperplasia nodular focal (HNF). Em geral são isointensos em T1 (47%) e isointensos em T2 (60%), apresentando cicatriz central em 47% dos casos. O padrão de realce é uma lesão com realce arterial hipervascular (87%), washout e cápsula. O uso de contraste hepatoespecífico mostra uma lesão com contraste na fase hepatobiliar em até 80% dos casos. A presença de gordura intralesional é infrequente [5]. Este subtipo de adenoma apresenta maior agressividade biológica, risco aumentado de crescimento acelerado e progressão para

neoplasia [5]. Por isso, a conduta cirúrgica (hepatectomia esquerda convencional - Figura 5) foi justificada mesmo em paciente assintomático, confirmando o diagnóstico de adenoma beta-catenina. O paciente evoluiu bem e segue atualmente em acompanhamento ambulatorial.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

- Carcinoma hepatocelular.
- Hiperplasia nodular focal (HNF).
- Outros subtipos de adenomas hepáticos.

DIAGNÓSTICO:

Adenoma hepático com mutação no gene da beta-catenina.

O QUE APRENDI COM ESTE CASO?

Este caso ilustra a aplicabilidade crítica do LI-RADS 4 para nódulos hepáticos em pacientes com cirrose, uma vez que cerca de 10% dos LI-RADS 4 que não apresentam hiperrealce arterial, porém mostram cápsula e washout, não são CHC, podendo ser lesões com risco aumentado de malignização como o adenoma beta catenina mutado.

REFERÊNCIA

1. Chernyak V, Fowler KJ, Kamaya A, Kielar AZ, Elsayes KM, Bashir MR, et al. Liver Imaging Reporting and Data System (LI-RADS) Version 2018: Imaging of Hepatocellular Carcinoma in At-Risk Patients. *Radiology*. 2018 Sep;289(3):816-830. doi:10.1148/radiol.2018181494. PubMed PMID:30251931; PubMed PMCID: PMC6677371.
2. Adamo RG, van der Pol CB, Alabousi M, Lam E, Salameh J-P, Abedrabbo N, et al. Diagnostic performance of CT/MRI LI-RADS version 2018 major feature combinations: individual participant data meta-analysis. *Radiology*. 2025;315(3):e243450.
3. Hanif H, Jamat Ali M, Susheela AT, Waheed Khan I, Luna-Cuadros MA, Muhammad Khan M, Lau DT-Y. Update on the applications and limitations of alpha-fetoprotein for hepatocellular carcinoma. *World J Gastroenterol*. 2022 Jan 14;28(2):216–229.
4. Davenport MS, Khalatbari S, Liu PSC, Maturen KE, Kaza RK, Wasnik AP, et al. Repeatability of diagnostic features and scoring systems for hepatocellular carcinoma by using MR imaging. *Radiology*. 2014;272(1):132-42.
5. Moradi Z, Khalaj F, Soltani S, Ghorani H, Ranjbar E, Hassan Zadeh Tabatabaei MS, et al. Exploring radiological characteristics in beta-catenin-mutated hepatocellular adenoma: a systematic review and meta-analysis. *Abdom Radiol (NY)*. 2025.

Imagens

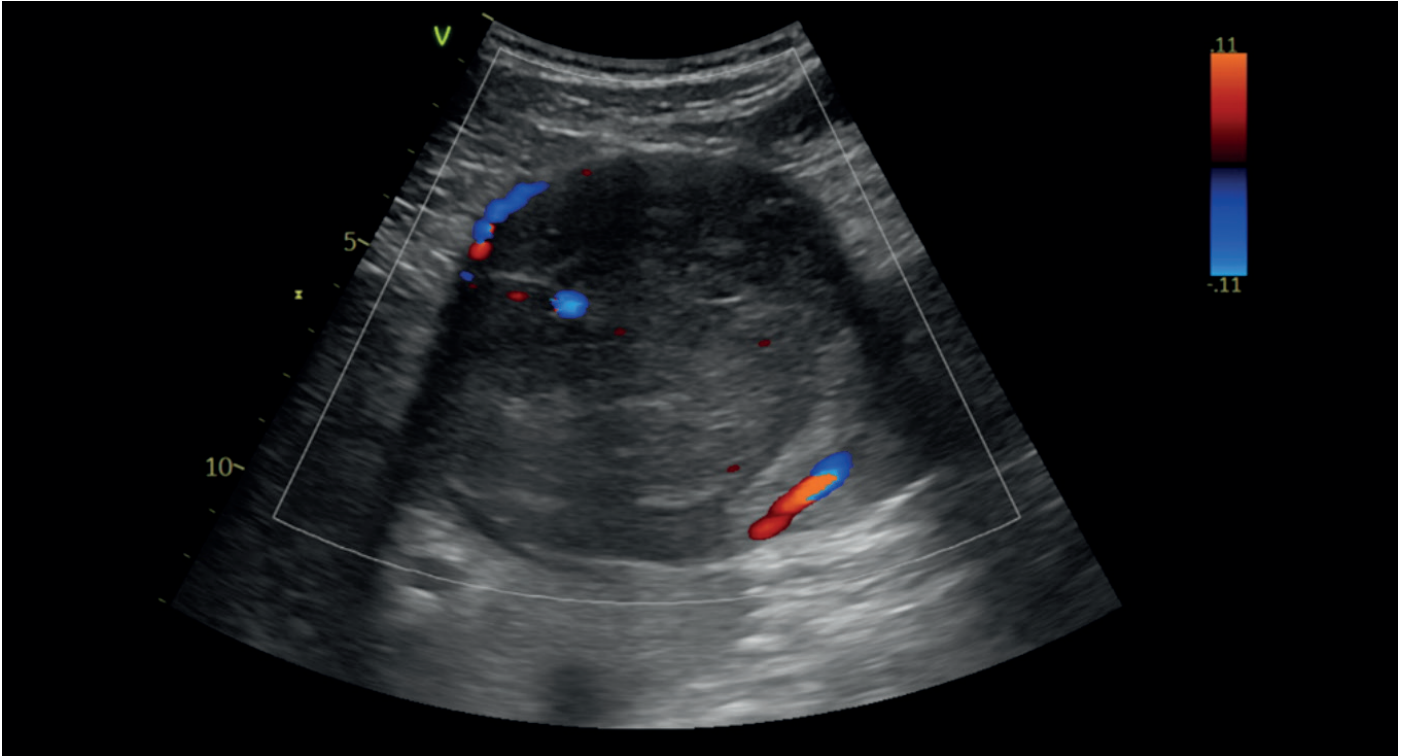


Figura 1: Ultrassonografia com Doppler colorido do abdome superior demonstrando massa bem delimitada, heterogênea, predominantemente hipocogênica, localizada no segmento hepático IVa, com áreas periféricas de vascularização.

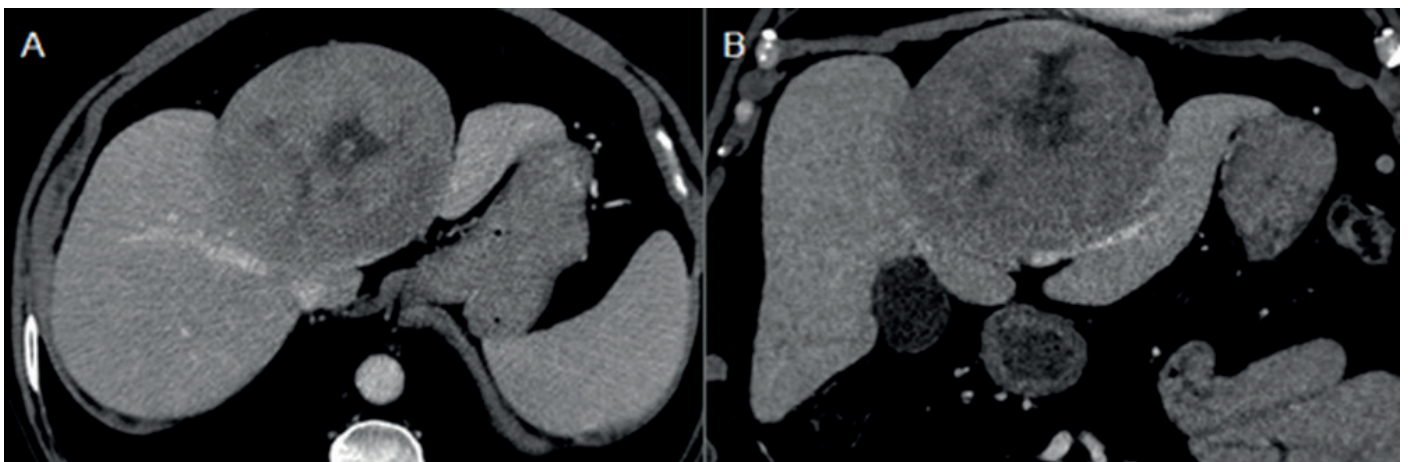


Figura 2: Tomografia Computadorizada do abdome na fase portal. A - Corte axial, demonstrando massa bem delimitada no segmento IVa, com realce heterogêneo ao meio de contraste. B - Corte coronal, evidencia o deslocamento das veias hepáticas e do ramo esquerdo da veia porta pela massa, sem sinais de invasão.

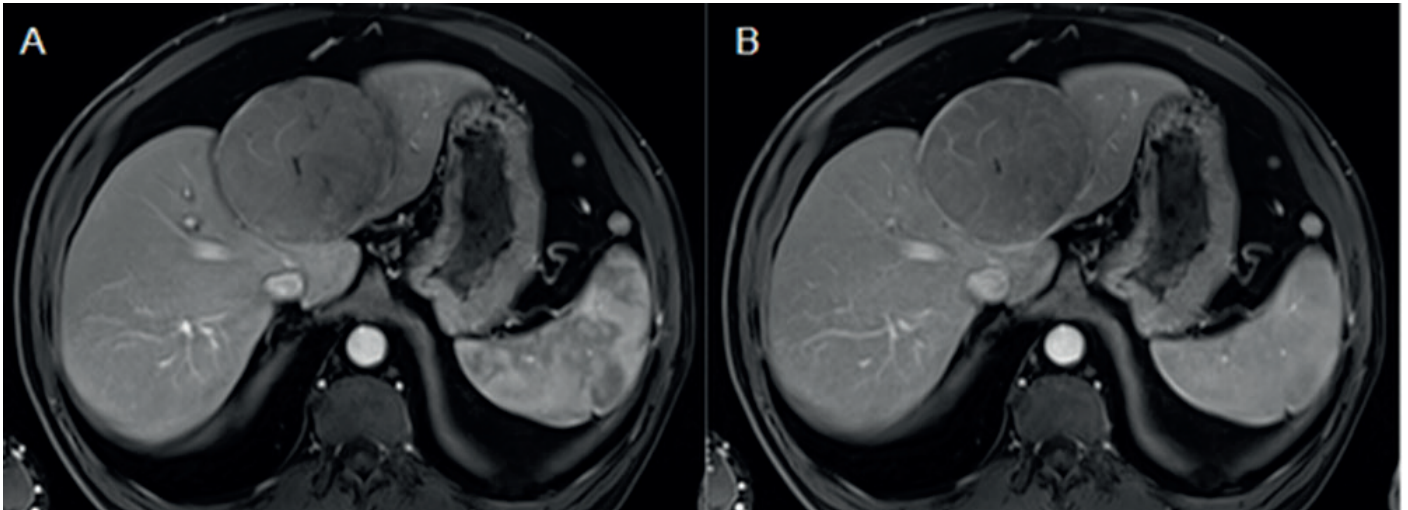


Figura 3: Ressonância Magnética do Abdome com contraste, cortes axiais. Massa sem hiperrealce arterial (A), porém tem presença de washout ao meio de contraste e cápsula na fase portal do estudo dinâmico (B), classificada como LI-RADS 4.

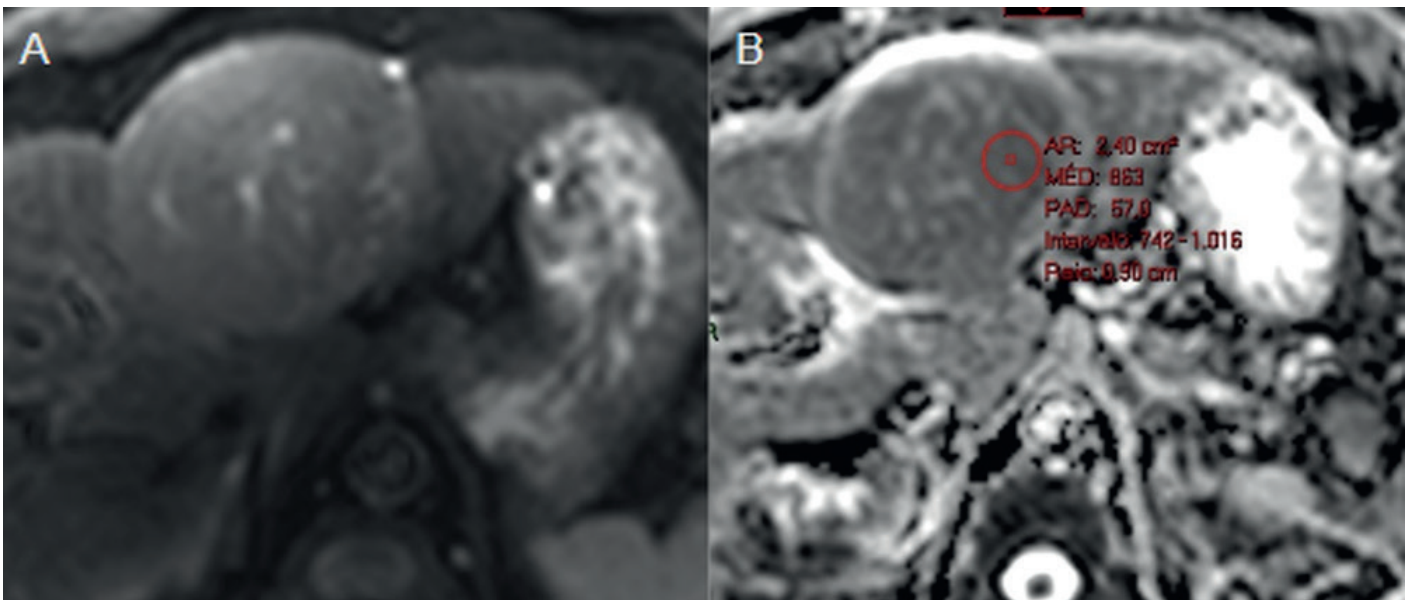


Figura 4: Ressonância Magnética evidencia a massa hepática nas sequências de difusão (A) e mapa ADC (B), sem restrição à difusão, com valor de ADC médio de $863 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$.

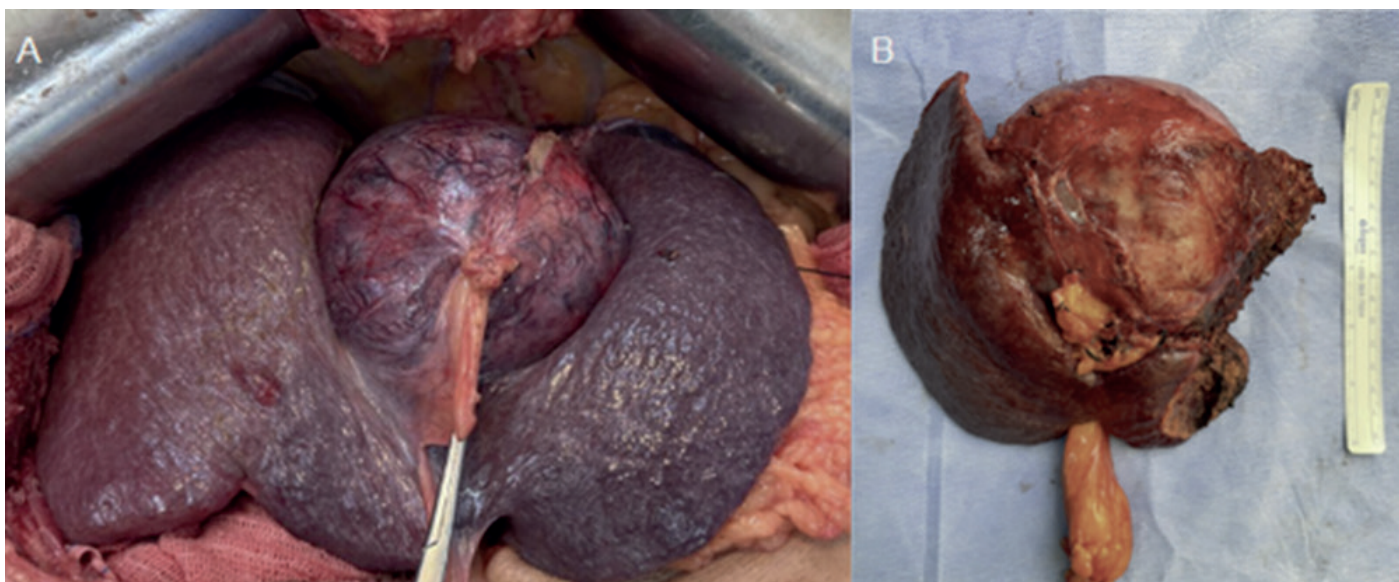


Figura 5: Imagens do fígado no intra-operatório. A - Massa hepática no segmento IVa. B - Produto de hepatectomia esquerda convencional.