

Hallazgos imagenológicos infrecuentes del hepatocarcinoma fibrolamelar. Presentación de tres casos.

Autores: Polichella M.F.E; Peguino E; Isasa M.F; Bernal J.M.; Riboldi C; Suzuki I; Cristiano A

Introducción y objetivos:

El Carcinoma Fibrolamelar (CF) es una variante poco frecuente del Hepatocarcinoma celular (HCC), representando el 1% de estos, se presenta en pacientes jóvenes sin predilección por sexo y generalmente sin hepatopatía de base.

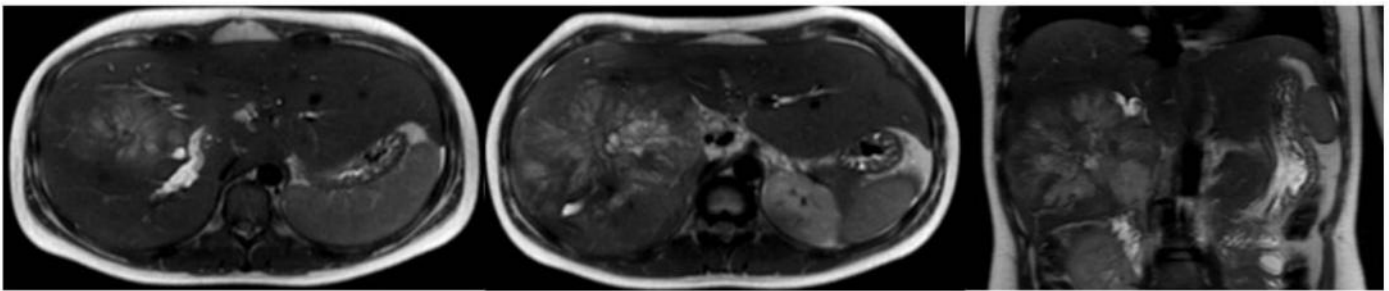
Clásicamente se describe como una masa de estructura heterogénea con la presencia de septos que confluyen hacia una cicatriz central visible en el 75% de los casos. Debido a la alta celularidad este tumor presenta baja señal en secuencia T1 y señal iso a hiperintensa en secuencia T2, con cicatriz central hipointensa en T1 y T2. Puede presentar una pseudocápsula y calcificaciones aisladas. Con contraste endovenoso se observa realce precoz heterogéneo en fase arterial, y realce tardío variable de la cicatriz central y los septos fibrosos.

Mediante la presentación de tres casos con hallazgos imagenológicos infrecuentes, los objetivos del trabajo son:

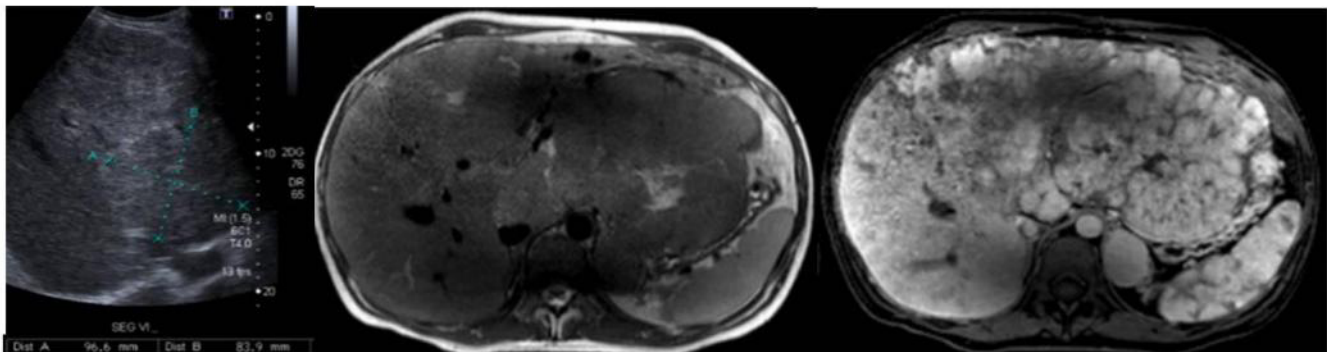
- Sospechar esta entidad en las distintas modalidades de estudio por imágenes.
- Demostrar la asociación clínica – radiológica del Carinoma Fibrolamelar
- Conocer las formas poco frecuentes de presentación del Carcinoma Fibrolamelar

Métodos:

Ecógrafo Toshiba Xario. Resonador Philips 3T Achieva (2015-02-05). Tomógrafo 128 cortes Toshiba Aquillon

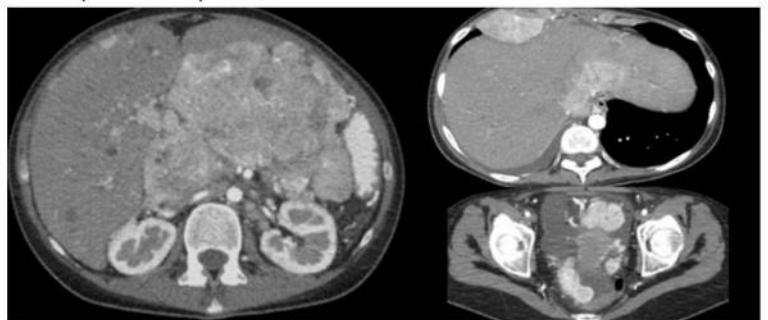


Caso 1. RM secuencia T2 corte axial y coronal: lesión con cicatriz central hiperintensa. Efecto de masa sobre el hilio hepático y vía biliar intrahepática



Caso 2. Ecografía: masa de ecoestructura heterogénea con predominio de componentes iso e hiperecogénicos. RM secuencia T2 corte axial: lesión con cicatriz central hiperintensa. RM secuencia Thrive con contraste fase arterial: masa isointensa a partes blandas en topografía suprarrenal izquierda que mide aproximadamente 50 mm de diámetro.

Caso 3. TC con contraste fase arterial: voluminosa formación que no muestra plano de clivaje con glándula pancreática y se extiende a la cavidad abdominal. Presencia de líquido libre en cavidad pelviana destacándose la presencia de masas heterogéneas de densidad de partes blandas compatibles con implantes peritoneales y pelvianos.



Conclusiones:

Ante la sospecha clínica del CFL es importante destacar el rol del médico radiólogo para un diagnóstico precoz, así como la importancia del conocimiento de este tumor, para disminución de la morbimortalidad dado el grupo etario de presentación, y de ser así, que conlleve al único tratamiento de elección que es la resección quirúrgica