

## HEPATOCARCINOMA FIBROLAMELAR (HFL) - RELATO DE CASO

### *Fibrolamellar Hepatocarcinoma (FLH) – Report case*

Daniel Santos MAIA, Mirayr FERREIRA JÚNIOR, Ricardo Gomes VIEGAS, Elkin Ebret Charris SILVA, Paulo de Tarso Vaz de OLIVEIRA, Alexandre Justino CAETANO, Renato Corgozinho Alves SILVA

ABCDDV/656

Maia DS, Ferreira Jr. M, Viegas RG, Silva EEC, Oliveira PTV, Caetano AJ, Silva RCA. Hepatocarcinoma fibrolamellar (hfl) - Relato de caso. ABCD Arq Bras Cir Dig 2009;22(2):127-9

**RESUMO – Introdução** - O hepatocarcinoma fibrolamellar, variante do hepatocarcinoma, é neoplasia rara, responsável por 2% das de origem hepatocelular. **Relato do caso** - Homem de 24 anos iniciou sintoma doloroso abdominal quatro meses antes da primeira consulta com hiporexia, emagrecimento, vômitos, aumento hepático e nodulação em hipocôndrio direito. Ressonância magnética abdominal mostrou lesão hepática heterogênea, hipervascular, com cicatriz central (provável calcificação), sugestivo de hepatocarcinoma fibrolamellar e presença de hepatomegalia moderada. Realizou-se trissegmentectomia hepática (segmentos VI, VII, VIII), com margem de segurança, sendo a via de acesso a por incisão subcostal direita. Houve confirmação de carcinoma hepatocelular (variante fibrolamellar) moderadamente diferenciado. Na evolução em seis meses encontrava-se bem com exame ultrassonográfico de controle normal, exceto sinais da ressecção efetuada. **Conclusão** - Apesar de prognóstico sombrio, o tratamento cirúrgico do hepatocarcinoma fibrolamellar é boa opção quando ampla hepatectomia pode ser realizada.

**DESCRITORES** - Hepatocarcinoma fibrolamellar. Trissegmentectomia hepática. Tumores hepáticos.

### INTRODUÇÃO

O hepatocarcinoma fibrolamellar, variante do hepatocarcinoma, é neoplasia rara, responsável por 2% das de origem hepatocelular<sup>3</sup>. Geralmente ele não está associado com cirrose, hepatite B ou C<sup>13</sup>. Quase todos os casos são diagnosticados em fase avançada, devido a maioria serem reconhecidos incidentalmente e/ou achado de massa abdominal palpável, sem apresentar sintomas<sup>1,3,4,10</sup>. Quando há sintoma, o mais comum é a dor abdominal<sup>2</sup>.

O objetivo do caso estudado é apresentar tumor hepático raro, e evolução satisfatória a curto prazo com a trissegmentectomia hepática.

### RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 24 anos, solteiro, caminhoneiro, procedente da zona rural do município de Carmópolis de Minas, MG. Quatro meses antes da primeira consulta, iniciou quadro de hiporexia, emagrecimento e vômitos, evoluindo com leve dor abdominal, aumento hepático e nodulação em hipocôndrio direito. Foi solicitado estudo tomográfico, mostrando lesão expansiva hepática sugestiva de hemangioma.

Encaminhado a serviço de cirurgia geral, foi solici-

itado estudo ultrassonográfico abdominal evidenciou-se nodulação em lobo direito, segmento VII. Análises clínicas mostraram: Hb: 11,5; Ht: 34%; Leucócitos: 7500 (segmentados: 64%, bastões: 0%, linfócitos: 28%, eosinófilos: 5%, monócitos: 3%, basófilo: 1 %); GGT=23,9; bilirrubina total=0,6; TGO=18,9; TGP=22,1; alfafetoproteína=3,7.

Ressonância magnética abdominal mostrou lesão hepática heterogênea, hipervascular, com cicatriz central (provável calcificação), sugestivo de hepatocarcinoma fibrolamellar e presença de hepatomegalia moderada (Figura 1).



**FIGURA 1** – Ressonância nuclear magnética mostrando massa tumoral em lobo hepático direito, medindo, aproximadamente, 13,5mm X 8,5mm

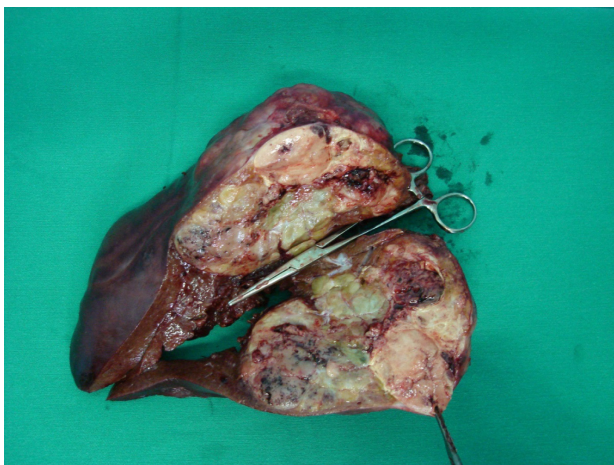
Trabalho realizado no Hospital Regional São Sebastião - HRSS - Santo Antônio do Amparo, MG, Brasil.

Endereço para correspondência: Daniel Santos Maia, e-mail: danielsantosmaia@yahoo.com.br

Realizou-se trissegmentectomia hepática (segmentos VI, VII, VIII), com margem de segurança, sendo a via de acesso realizada por incisão subcostal direita (Figuras 2 e 3).



**FIGURA 2** – Hepatomegalia com protusão de massa tumoral em sua superfície. Local de aderência tumoral ao diafragma (seta)



**FIGURA 3** – Peça seccionada, com tumoração com centro necrótico, pontos hemorrágicos e cicatrizes fibróticas, com bordas bem delimitadas

O paciente permaneceu internado por seis dias e o estudo anatomopatológico confirmou carcinoma hepatocelular (variante fibrolamelar) moderadamente diferenciado.

Na evolução em seis meses encontrava-se bem com ul-

trassonografia de controle normal, exceto sinais da ressecção efetuada.

## DISCUSSÃO

O hepatocarcinoma fibrolamelar ocorre mais em adolescentes e adultos jovens, enquanto o carcinoma hepatocelular na idade média de 55 anos. Quanto à prevalência do sexo não mostra diferença, diferente do carcinoma hepatocelular com relação de 3,6:1 masculino-feminino<sup>2,9</sup>.

Geralmente, a dosagem de alfafetoproteína está dentro dos limites da normalidade. Estudo de Katzenstein et al.<sup>7</sup> comparou esta dosagem em pacientes com carcinoma hepatocelular e hepatocarcinoma fibrolamelar, mostrando 89% de normalidade neste último e 82% aumentada no carcinoma hepatocelular.

No estudo ultrassonográfico geralmente é encontrado padrão misto (60%) e cicatriz central hiperecótica (30-60%)<sup>6</sup>. Formas hipoeecótica e isoeecótica podem ser descritas. Áreas hiperecóticas centrais podem estar relacionadas com calcificação<sup>1,3</sup>.

Na tomografia computadorizada pode ser observada massa hepática lobulada (83%), contraste heterogêneo, cicatriz fibrosa central podendo conter calcificações (66%); margens bem definidas (77%) e cicatriz central (71%)<sup>1,3,6,12</sup>.

O padrão histológico se apresenta como carcinoma hepatocelular, com células poligonais e fibrose estromal<sup>2,5</sup>.

O tratamento é cirúrgico para todos os casos ressecáveis. Deve-se fazer o diagnóstico diferencial com hiperplasia nodular focal, devido este último ser tratado conservadoramente. Os pacientes com hepatocarcinoma fibrolamelar toleram ressecções hepáticas maiores em relação aos com carcinoma hepatocelular, devido estes últimos terem menor reserva hepática causada pela destruição por cirrose, na maioria dos casos.

A sobrevida em cinco anos varia entre 48 a 60 % nestes tumores, enquanto o carcinoma hepatocelular é de 30 % no mesmo período. O potencial de cura para o hepatocarcinoma fibrolamelar após a ressecção, varia entre 10 a 30% dos casos<sup>3,4,8,10,11</sup>.

## CONCLUSÃO

Apesar de prognóstico sombrio, o tratamento cirúrgico do hepatocarcinoma fibrolamelar é boa opção quando ampla hepatectomia pode ser realizada.

Maia DS, Ferreira Jr. M, Viegas RG, Silva EEC, Oliveira PTV, Caetano AJ, Silva RCA. Fibrolamellar Hepatocarcinoma (FLH) – Report case. ABCD Arq Bras Cir Dig 2009;22(2):127-9

**ABSTRACT – Background** - Fibrolamellar hepatocarcinoma is rare and responsible for 2% of the hepatocarcinomas. **Case report** – Man with 24 years old was attended by medical institution with abdominal pain, abdominal tumor mass, vomiting and bad general conditions. MRI showed hepatic tumor suggesting hepatocarcinoma. An hepatectomy (segments VI, VII, VIII) was done. It was confirmed malignancy with fibrolamellar hepatocarcinoma. In six months follow-up ultrasonography showed normal aspect of the remained liver. **Conclusion** – Although the bad prognosis of the tumor, hepatectomy should always be tried, if technical resection is feasible.

**HEADINGS** - Fibrolamellar hepatocarcinoma. Liver trisegmentectomy. Liver tumours.

## REFERÊNCIAS

1. Cha SH, Chezmar JL. Primary and secondary hepatic neoplasms. Hepatobiliary and pancreatic radiology – imaging and intervention. 1st ed. New York: Thieme Medical, 1998
2. Craig, J.R., Peters, R.L., Edmondson, H.A., Omata, M. 1980. Fibrolamellar carcinoma of the liver: a tumor of adolescents and young adults with distinctive clinicopathologic features. Cancer 46:372-379.
3. Fernandez MP, Redvanly RD. Primary hepatic malignant neoplasms. Radiol Clin North Am 1998;36:333-48.
4. Friedman AC, Lichtenstein JE, Goodman Z, Fishman EK, Siegelman SS, Dachman AH. Fibrolamellar hepatocellular carcinoma. Radiology 1985;157:583-7.
5. Garcia, M.T., González, C.F., Mangkornkanok, M. 1987. Fibrolamellar carcinoma of the liver in a child: ultrastructural and immunohistologic aspects. Pediatr. Pathol. 7:319-331.
6. Ichikawa, T. Federle, M.P., Grazioli, L., Madariaga, J., Nalesnik, M., Marsh, W. 1999. Fibrolamellar hepatocellular carcinoma: imaging and pathologic findings in 31 recent cases. Radiol. 213:352-361.
7. Katzenstein HM, Krailo MD, Malogolowkin MH, et al.: Fibrolamellar hepatocellular carcinoma in children and adolescents. Cancer 97 (8): 2006-12, 2003.
8. Scharschmidt BF. Tumores hepáticos. In: Wyngaarden JB, Smith LH, Bennett JC, eds. Cecil Tratado de medicina interna. 19ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.
9. Soreide, O. Czerniak, A., Bradpiece, H. Bloom, S., Blumgart, L. 1986. Characteristics of fibrolamellar hepatocellular carcinoma. A study of nine cases and a review of the literature. Am. J. Surg. 151:518-523.
10. Stevens WR, Johnson CD, Stephens DH, Nagorney DM. Fibrolamellar hepatocellular carcinoma: stage at presentation and results of aggressive surgical management. AJR 1995;164:1153-8.
11. Takano H, Smith WL. Gastrointestinal tumors of childhood. Radiol Clin North Am 1997;35:1367-89
12. Vilgrain V, Vullierme MP. Tumeurs hépatiques malignes primitives. In: Encyclopédie Médico-Chirurgicale 1992; v.3, cap. 33520A20:9-10.
13. Wong, L.K., Link, D.P., Frey, C.F., Ruebner, R.H., Tesluk, H., Pimstone, N.R. 1982. Fibrolamellar hepatocarcinoma: radiology, management, and pathology. AJR Am. J. Roentgenol. 139:172-175.

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesse: não há

Recebido para publicação: 17/01/2009

Aceito para publicação: 03/03/2009