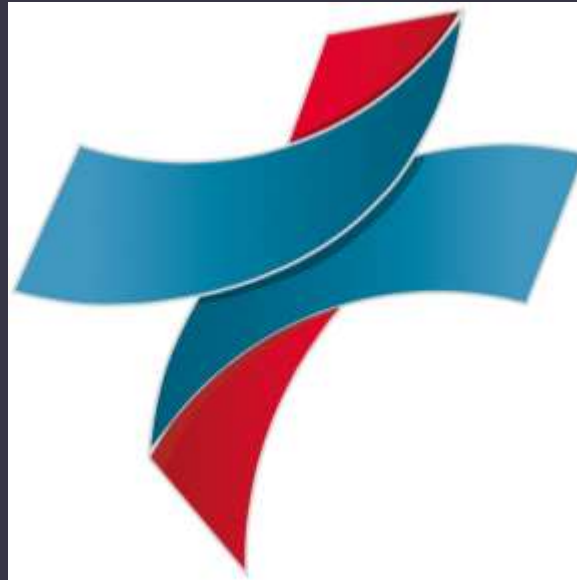


Infarto hepático



Azcarate Facundo, Paulazo Carolina, Ovejero Marcelo Miguel

FAARDIT-SORDIC

No presenta conflicto de interés

Córdoba, Argentina

Facuazcarate@hotmail.com

Presentación de caso

- Paciente femenino
- 41 años
- Antecedentes personales: - Leucemia Mieloide aguda en tratamiento con Flag-ida
 - Neutropénica con presencia de úlcera rectal

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor difuso en flanco derecho

Hallazgos imagenológicos

Por incremento al dolor se le realiza TC Abdomen con contraste a las 96hs

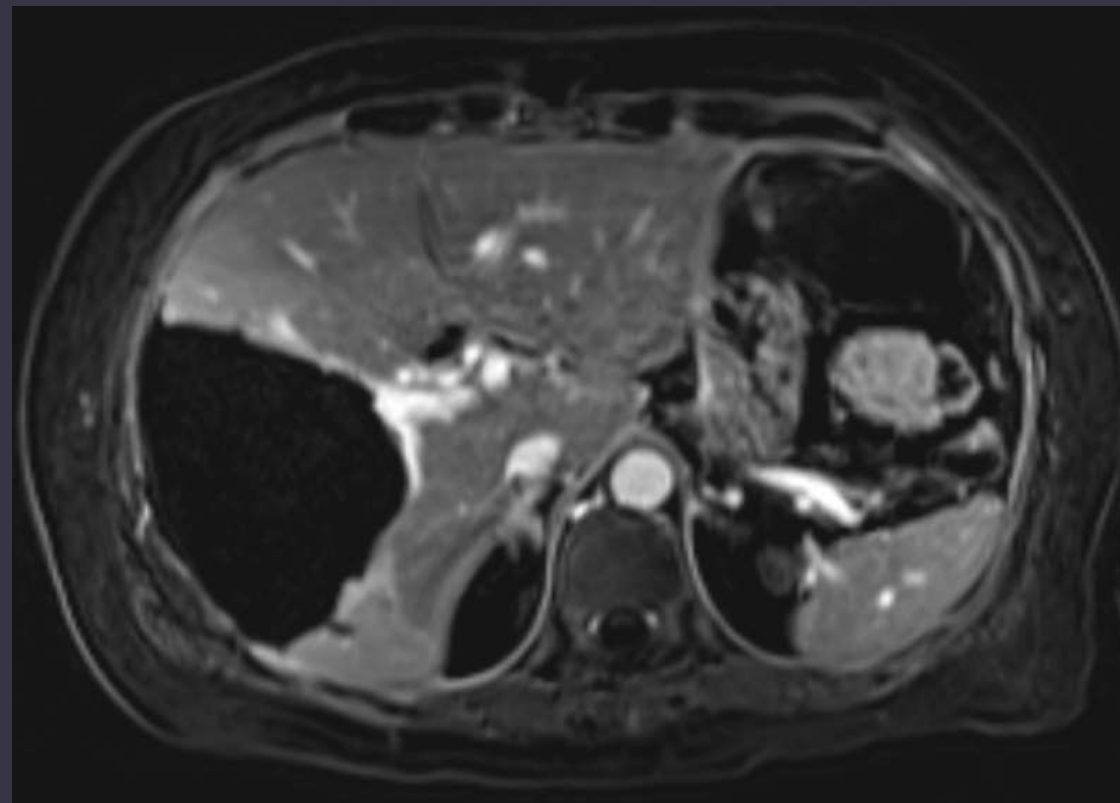
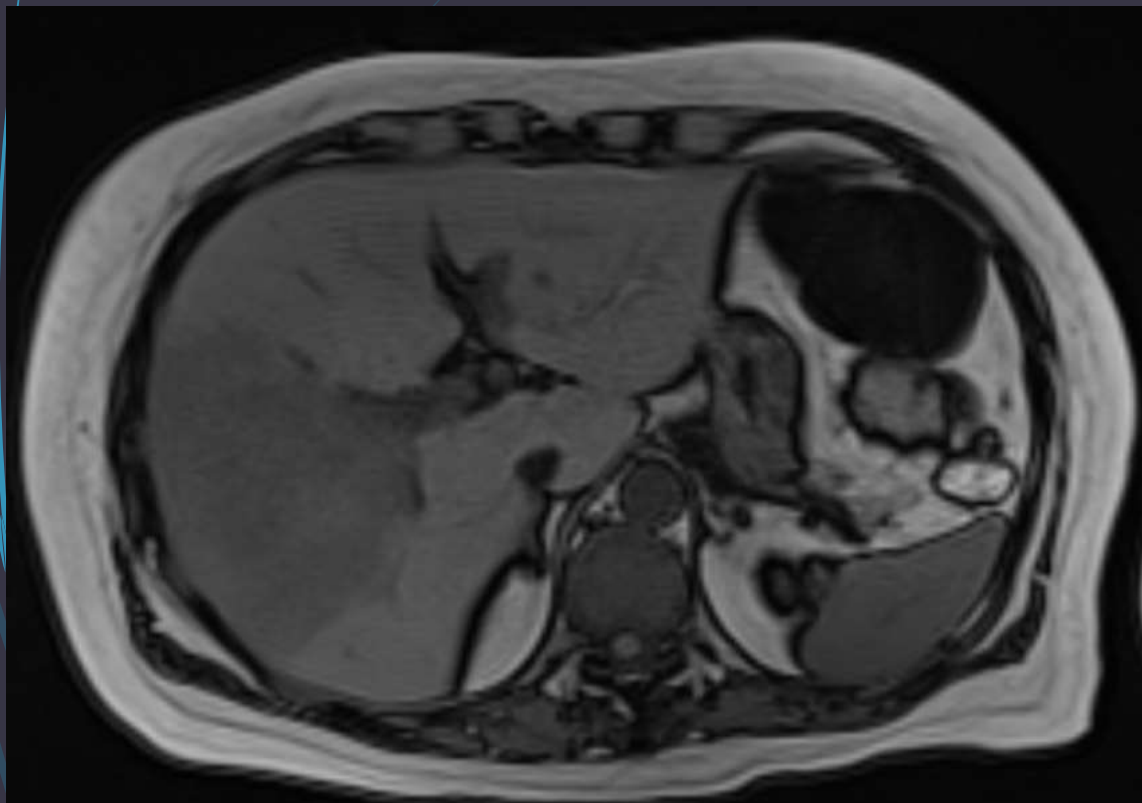


Área focal hipodensa, redondeada, en segmento VII, que no refuerza tras la inyección de contraste



Área de morfología triangular, en segmento VII, VIII y VI, hipodensa, que muestra disminución de la captación de contraste. Se observa además dos áreas de menor tamaño y de mismas características en segmento VI y VIII

Hallazgos imagenológicos



RM de abdomen con contraste: Hígado de tamaño aumentado, no homogénea, debido a la presencia de un área de aspecto triangular en LHD, sin refuerzo tras la inyección de gadolinio, que compromete segmento VII, VIII y VI. Además, se observan otras áreas focales de similares características. Asociando a esto se visualiza discreto refuerzo parenquimatoso perilesional.

Conclusión

- El infarto hepático es una entidad rara, por el doble sistema de irrigación, puede ser secundario a iatrogenia, trombosis, traumatismo, etc.
- Las configuraciones principales son; redondeada, cuña o irregulares paralelas a los conductos biliares. Las lesiones en forma de cuña son periféricas, mientras que las redondeadas pueden ser centrales. Las zonas infartadas pueden evolucionar con un margen más definido, presentando necrosis con gas en su interior. Planteando el diagnóstico diferencial con absceso las lesiones redondeadas con gas en su interior.
- En TC se observa hipodenso en fases simples y contrastadas, con un patrón geográfico y segmentario, aunque puede verse un realce tardío y heterogéneo.
- En RM se muestran hipointensos en T1 e hiperintensos en T2, sin presentar realce con gadolinio, que si lo hace el absceso.

Bibliografía

- ▶ Lee J, Sagel S, Stanley R, Heiken J. Vol.1. Capitulo 12. Pág. 908-909.
- ▶ Perez M, Gonzalez F, Fernandez V, Daben R, Diez A, Garcia M. Manifestaciones radiológicas de la isquemia hepatica. SERAM. 2545-Presentación electrónica educativa.
- ▶ Cook GJ, Crofton ME. Hepatic artery thrombosis and infarction: Evolution of the ultrasound appearances in liver transplant recipients. Br J Radiol. 1997 Mar;70:248-251.
- ▶ Giovine S, Pinto A, Crispano S, Lassandro F, Romano L. Restrospective study of 23 cases of hepatic infarction: CT finding and pathological correlation. Radiol Med. 2006;111(1):11-21.
- ▶ Elsayes K, Shaaban A, Rothan S, Javadi S, Madrazo B, Castillo R, Casillas V, Menias C. A comprehensive Approach to hepatic vascular disease. RadioGraphics 2017; 37:0000-0000.