Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2021; 89 (3): 262-266.

Hemangioma hepático gigante en una mujer embarazada. Reporte de caso

Giant hepatic hemangioma in a pregnant woman. Case report.

Fabiola Gallardo-Gómez,[1] Rosa Gabriela Hernández-Cruz,[2] Osvaldo Miranda-Araujo,[3] Mario Roberto Rodríguez-Bosch[3]

Resumen

ANTECEDENTES: Los hemangiomas hepáticos son malformaciones vasculares y los tumores benignos más comunes; su diagnóstico es fortuito a partir de estudios de imagen, clínicamente son asintomáticos. Durante el embarazo no representan riesgo; sin embargo, cuando se trata de tumoraciones mayores tienen más riesgo de ruptura y sangrado por lo que debe evaluarse su intervención quirúrgica.

CASO CLÍNICO: Paciente de 36 años, multípara, ingresó a control prenatal con embarazo de 21 semanas y hepatomegalia 3 centímetros por debajo del reborde costal derecho, asintomática. Los estudios de imagen reportaron: hígado con hemangiomas, el mayor de 10 x 7 x 8 cm; con base en la resonancia magnética se diagnosticó: hemangiomas hepáticos gigantes.

CONCLUSIONES: El diagnóstico oportuno, la identificación de los factores de riesgo, el tratamiento multidisciplinario y el apoyo de los estudios de gabinete permitieron el diagnóstico y la culminación del embarazo a término, mediante cesárea.

PALABRAS CLAVE: Hemangioma hepático; malformaciones vasculares; embarazo; hepatomegalia; hemangiomas; cesárea; neoplasias hepáticas.

Abstract

BACKGROUND: The liver hemangiomas are vascular malformations and the most common benign tumors, the diagnosis is incidental from imaging studies, clinically they are asymptomatic. During pregnancy they do not represent a risk, however, with larger tumors, they have a greater risk of rupture and bleeding, so surgical intervention should be evaluated if they present them.

CLINICAL CASE: A 36-year-old multiparous patient was admitted to prenatal care with a 21-week pregnancy and hepatomegaly 3 centimeters below the right costal ridge, asymptomatic patient. Imaging studies reported liver with hemangiomas, the largest measuring 10 x 7 x 8 cm; based on magnetic resonance imaging it was diagnosed as giant hepatic hemangiomas.

CONCLUSION: Timely diagnosis, identification of risk factors, multidisciplinary treatment, and the support of laboratory studies allowed the diagnosis and completion of the pregnancy at term, by cesarean section.

KEYWORDS: Liver hemangiomas; Vascular malformations; Pregnancy; Hepatomegaly; Hemangiomas; Cesarean section; Liver Neoplasms.

[1] Residente de Ginecología y Obstetricia.
[2] Adscrita al Departamento de Fomento y Herramientas Educativas.
[3] Adscrito al Departamento de Obstetricia.
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Recibido: julio 2020

Aceptado: septiembre 2020

Correspondencia
Rosa Gabriela Hernández Cruz
cruzroga33@gmail.com

Este artículo debe citarse como:
Gallardo-Gómez F, Hernández-Cruz RG, Miranda-Araujo O, Rodríguez-Bosch MR. Hemangioma hepático gigante en una mujer embarazada. Reporte de caso. Ginecol Obstet Mex. 2021; 89 (3): 262-266.
https://doi.org/10.24245/gom.v89i3.4550

ANTECEDENTES

El hemangioma, o angioma hepático, es el tumor hepático benigno más frecuente durante la infancia, con mayor incidencia en la mujer; se caracteriza por las malformaciones vasculares congénitas. Se diferencia en tres tipos: focal, multifocal o difuso.[1]

Durante el embarazo, el diagnóstico es fortuito, posterior a los estudios de imagen. Está reportado que estas lesiones pueden aumentar de tamaño durante el embarazo, quizá debido a la participación de las hormonas en su patogénesis.[2]

El tratamiento puede ser conservador o quirúrgico. Está descrita la embolización de la arteria hepática, el tratamiento con anticuerpos monoclonales y la enucleación o resección hepática.[3,4] El tratamiento de una paciente con hemangiomas hepáticos gigantes durante el embarazo es un desafío debido a la baja incidencia y al alto riesgo de mortalidad (más de 50%) en caso de complicaciones.[5]

Se comunica el caso de una paciente con diagnóstico de hemangiomas hepáticos gigantes y embarazo atendida en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

CASO CLÍNICO

Paciente de 36 años, multípara, sin comorbilidades asociadas. Fue referida al Instituto Nacional de Perinatología de un hospital de segundo nivel para continuar el control prenatal debido a la hepatomegalia concomitante con el embarazo de 21 semanas. La paciente permaneció asintomática durante todo el embarazo.

En el trascurso de la exploración física se la encontró con hepatomegalia de 3 cm, por debajo del reborde costal derecho y útero lateralizado a la izquierda, sin dolor a la palpación superficial y profunda. Los análisis de laboratorio reportaron: transaminasa glutámica oxalacética 17 U/L, alanina aminotransferasa 24 U/L, deshidrogenasa láctica 428 U/L, bilirrubinas totales 1.10 mg/dL, hemoglobina 10.2 g/dL, hematocrito 30.6%, 241,000 plaquetas por µL, tiempo de trombina 11.8 s, tiempo de tromboplastina parcial 29.6 s, INR 1.12, antígeno carcinoembrionario 2.0 mg/mL, alfafetoproteína 54.9 ng/mL, todos dentro de parámetros normales.

El ultrasonido hepático reportó al parénquima heterogéneo y con múltiples imágenes ovaladas, de bordes regulares, debidamente definidos, de predominio ecogénico, que alternan con áreas de mayor ecogenicidad, la mayor incluso de 10 x 7 x 8 x 6 cm en relación con probables hemangiomas**. Figura 1**

Los estudios se complementaron con resonancia magnética para determinar el tamaño de las lesiones, el hallazgo de múltiples lesiones nodulares de diferente tamaño y distribución difusa, bordes debidamente delimitados, irregulares y microlobulados. Se concluyó que se trataba



Figura 1. Ultrasonido hepático; corte medio sagital con imágenes sugerentes de hemangiomas hepáticos gigantes.

de un caso de hepatomegalia asociada con múltiples lesiones que sugerían hemangiomas gigantes**. Figura 2**

Por hallazgos de imagen y laboratorio se integró el diagnóstico de hemangiomas hepáticos gigantes. Se desecharon otras causas: adenoma de células hepáticas, hiperplasia nodular focal o carcinoma hepatocelular. El control prenatal continuó con seguimiento estrecho bioquímico y tratamiento expectante. Se programó para cesárea en la semana 38; antes de la intervención se valoró la embolización de la arteria hepática; sin embargo, debido a la evolución asintomática se decidió no efectuarla. Se obtuvo un recién nacido vivo, de sexo femenino, de 2450 gramos, talla de 46.5 cm, Apgar 8/9, Silverman 2 y Capurro de 36.3 semanas. En el trascurso del transoperatorio se observó al hígado aumentado de tamaño. El puerperio trascurrió libre de síntomas; el ultrasonido hepático de control advirtió la disminución en el tamaño de los hemangiomas a 8 x 6 x 8 x 5 cm y se continuó con la conducta médica expectante.

DISCUSIÓN

Los tumores hepáticos benignos son realmente excepcionales; casi todos se descubren de manera fortuita durante las exploraciones abdominales de imagen. El hemangioma es el tumor benigno mesenquimal más frecuente.[6] La incidencia mundial reportada es de 0.7 a 1.5%, con mayor predominio en mujeres que hombres 5:1,[7] con edad coexistente entre los 30 a 50 años. La mayor parte de las veces su diámetro es menor a 3 cm, cuando miden más de 10 cm se denominan hemangiomas hepáticos gigantes.[8,9]

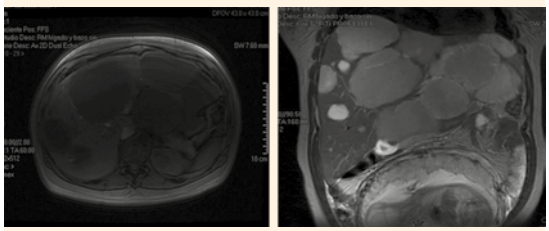


Figura 2. Hepatomegalia asociada con múltiples lesiones nodulares de diferente tamaño y distribución difusa, bordes bien delimitados, irregulares y microlobulados. Segmento IV: 15 x 10 x 10 cm con una cicatriz central hipertensa en T2 e hipotensa en T1.

Desde el punto de vista clínico son asintomáticos; sin embargo, el tamaño aumenta el riesgo de síntomas y complicaciones debido al efecto de ocupación, coagulopatía o ruptura.[7]

Si bien se desconoce su causa, se ha observado que los estrógenos tienen un efecto en los hemangiomas hepáticos, lo que explicaría la mayor incidencia en mujeres y el aumento del tamaño durante el embarazo y en mujeres multíparas.[10,11]

La localización más frecuente de los hemangiomas es: en 58% en el lóbulo derecho, 35% en el lóbulo izquierdo y 7% en ambos lóbulos.[12] En el caso de la paciente, los hemangiomas se encontraban en ambos lóbulos, que es la distribución menos frecuente.

En las series de casos reportados, el diámetro varía de 2.4 a 6 cm, asintomáticos durante el embarazo. Las pacientes sintomáticas reportan: dolor abdominal, distensión o datos de compresión abdominal. Las complicaciones de los hemangiomas gigantes se registran en los que miden más de 10 cm, y solo un 5% tendrán riesgo de ruptura.[13]

El ultrasonido es el primer estudio de imagen que se practica durante la sospecha de lesiones hepáticas, por la seguridad fetal y alta sensibilidad (90%) para identificar tumores hepáticos. La resonancia magnética sin contraste permite evaluar mejor las lesiones hepáticas, con una sensibilidad de 100% y especificidad del 92%.

https://doi.org/10.24245/gom.v89i3.4550

Los hemangiomas generalmente son homogéneos e isointensos con respecto al parénquima a valores T1 con reforzamiento periférico con llenado centrípeto e hiperintensos en imágenes ponderadas en T2 en relación con el bazo. Se dispone de otros estudios que pueden apoyar al diagnóstico: tecnecio 99 y la tomografía por emisión de positrones. No son de primera elección porque pueden ocurrir reportes falsos negativos debido a la coexistencia de fibrosis o trombosis.[12]

Los hemangiomas no alteran las pruebas de funcionamiento hepático o la biometría hemática. Los estudios complementarios para establecer el diagnóstico diferencial pueden ser los marcadores tumorales que estarán dentro de parámetros normales, como sucedió en la paciente del caso.[5]

Una de las complicaciones es la triada de trombocitopenia, coagulopatía por consumo y evidencia de hemangioma y se denomina síndrome de Merritt Kasabach cuya incidencia reportada es de 2.0 a 3.8% que deberá descartarse por ser una enfermedad con tasas de mortalidad superiores al 50%, lo que justificó el seguimiento bioquímico en la paciente del caso.[8,14,15] El tratamiento durante el embarazo suele ser conservador pues la mayoría de las pacientes cursan asintomáticas. La decisión de la intervención quirúrgica deberá ser evaluada por las características de la lesión, los síntomas, el crecimiento rápido, la ruptura o el síndrome de Merritt Kasabach.[14]

Entre las opciones quirúrgicas se describe la enucleación o resección y la arteriografía hepática con embolización.[1]

CONCLUSIONES

En la paciente del caso se decidió una conducta médica conservadora debido a que permaneció asintomática durante el embarazo, el seguimiento bioquímico seriado no mostró alteraciones. El desenlace perinatal fue favorable, con nacimiento mediante cesárea para no aumentar el riesgo de ruptura hepática. En el puerperio tardío se observó una ligera disminución del tamaño de los hemangiomas y se continuó con la conducta médica expectante.

REFERENCIAS

1. Yeh I, Bruckner AL, Sanchez R, Jeng MR, et al. Diffuse infantile hepatic hemangiomas: A report of four cases successfully managed with medical therapy. Pediatric Dermatology 2011; 28: 267-75. https://doi.org/10.1111/j.1525-1470.2011.01421.x.
2. Tran TT, Ahn J, Reau N. ACG Clinical Guideline: Liver Disease and Pregnancy. Am J Gastroenterol. 2016; 111 (2): 176-94. doi.10.1038/ajg.2015.430.
3. Schnelldorfer T, Ware AL, Smoot R, Schleck CD. Management of giant hemangioma of the liver: resection versus observation. J Amer Col Surg. 2010;211(6):724-730. https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2010.08.006.
4. Lerner SM, Hiatt JR, Salamandra J, Chen PW. Giant cavernous liver hemangiomas: effect of operative approach on outcome. Arch Surg. 2004; 139 (8): 818-21. doi. 10.1001/archsurg.139.8.818.
5. Duxbury MS, Garden OJ. Giant haemangioma of the Liver: Observation or Resection? Digestive Surgery. 2010; 27 (1): 7-11. https://doi.org/10.1159/000268108.
6. Nichols FC, van Heerden JA, Weiland LH. Benign liver tumors. Surg Clin North Am.1989; 69 (2): 297-314. doi. 10.1016/s0039-6109(16)44787-0.
7. Marrero J, Ahn J, Reddy RK. ACG Clinical Guideline: The diagnosis and management of focal liver lesions. Am J Gastroenterol. 2014; 109 (9): 1328-47. doi. 10.1038/ajg.2014.213.
8. Pencovich N, Younis M, Lessing Y, Zac L. Major liver resection in pregnancy: three cases with different etiologies and review of the literature. The Journal of Maternal Fetal Neonatal Medicine. 2019; 32 (2): 203-11. https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1376315.
9. Di Carlo I, et al. Giant cavernous liver hemangiomas: is it the time to change the size categories? Hepatobiliary Pancreat Dis Int. 2016; 15 (1): 21-9. https://doi.org/10.1016/S1499-3872(15)60035-2.
10. Glinkova V, Shevah O, Boaz M, Shirin H, et al. Hepatic haemangiomas: possible association with female sex hormones. Gut. 2004; 53 (9): 1352-55. http://dx.doi.org/10.1136/gut.2003.038646.
11. Reddy KR, Kligerman S, Levi J, et al. Benign and solid tumors of the liver: relationship to sex, age, size of tumors, and outcome. Am Surg. 2001; 67: 173-78. PMID: 11243545.

12. Yoon SS, Charny CK, Fong Y, Jarnagin WR. Diagnosis, management, and Outcomes of 115 Patients with Hepatic Hemangioma. American College of Sur. 2003; 197 (3). https://doi.org/10.1016/S1072-7515(03)00420-4.
13. Cobey FC, Salem RR. A review of liver masses in pregnancy and a proposed algorithm for their diagnosis and management. Am J Surg. 2004; 187 (2): 181-91. https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2003.11.016.
14. Hall GW. Kasabach-Merritt syndrome: pathogenesis and management. Br J Haematol 2001;112:851-62. https://doi.org/10.1046/j.1365-2141.2001.02453.x.
15. Güngör T, Aytan H, Topisiz OL. An unusual case of incidental rupture of liver hemangioma during labor. Chin Med J (Engl). 2004; 117: 311-13. PMID: 14975225.

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Yang M, Gou, ZW, Deng CJ, Liang X, et al.* A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res. 2017;25(11):239-42. https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04..015**

* Cuando la referencia contiene hasta tres autores, éstos se colocarán de forma completa. En caso de 5 autores o más, solo se colocan cuatro, seguidos de la palabra en latín "et al".

** El registro Doi deberá colocarse con el link completo (como se indica en el ejemplo), sin punto final. salvo que así lo señale su cita original.

https://doi.org/10.24245/gom.v89i3.4550