

CALCIFICACIONES HEPÁTICAS FETALES

Corbalán Biyang, S, Alfosea Marhuenda, E, Pertegal Ruiz, M, Peñalver Parres, C,
Macizo Soria MI, Nieto Díaz, A.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA), Murcia

CASOS CLÍNICOS

En la Unidad de Medicina Materno Fetal del **HCUVA** se realizan unas 7500 ecografías morfológicas fetales al año. En el último año hemos registrado unos 5 casos de calcificaciones hepáticas fetales (CHF). En todos los casos se trataron de hallazgos ecográficos detectados durante la ecografía morfológica de rutina entre la semana 20-21 de gestación, en gestantes con cribado de cromosopatías del primer trimestre con bajo riesgo y gestación de curso normal hasta el momento. Uno de los diagnósticos se realizó en una gestación gemelar bicorial y salvo uno de los casos el resto se trató de hallazgos ecográficos aislados.

Ante la presencia de las CHF, se solicitó a las gestantes estudio serológico para Parvovirus y TORCH [sífilis (si no realizado en 1ºT) toxoplasma, rubeola (si no inmune en 1ºT), citomegalovirus (CMV), herpes virus 1 y 2 y parvovirus], estudio genético de fibrosis quística (FQ) a ambos progenitores y se ofreció amniocentesis para cariotipo fetal (y PCR para CMV si IgG positiva). En todas las gestantes el estudio de posibles infecciones y de mutaciones para la FQ fue negativo. El cariotipo fue normal en 4 casos (uno de ellos realizado al nacimiento por rechazo a la amniocentesis) y hubo una trisomía 21.

RESULTADOS

CASO 1: Se encontraron calcificaciones intrahepáticas dispersas puntiformes y un mínimo derrame pericárdico con estructura y funcionamiento cardíaco adecuado. Resultó finalmente en un recién nacido vivo a término con una trisomía 21.

CASO 2: Se trataba de CHF múltiples en la superficie, asociadas a calcificaciones dispersas peritoneales y ascitis. Se diagnosticó de una peritonitis meconial y los hallazgos ecográficos fueron atenuándose naciendo un niño a término asintomático.

CASO 3 y 4: Uno de los casos presentó CHF múltiples intraparenquimatosas groseras (sobre todo a nivel la cápsula y perfilando vías biliares) y en el otro se visualizaron únicamente dos calcificaciones gruesas. Las gestaciones evolucionaron con normalidad sin cambios ecográficos en las CHF y finalizando con partos a término y recién nacidos aparentemente sanos. Al nacimiento la ecografía abdominal confirmó las lesiones catalogándose como granulomas hepáticos calcificados y un estudio analítico de función hepática normal. Actualmente continúan en seguimiento, sin problemas en su desarrollo (15 meses y 13 días respectivamente).

CASO 5: Se trata de una gestación gemelar bicorial espontánea en la que sólo el segundo gemelo presenta las CHF intraparenquimatosas groseras y múltiples. Actualmente la paciente está de 28 semanas, el estudio complementario fue negativo y presenta un adecuado crecimiento fetal sin cambios en los hallazgos ecográficos.

DISCUSIÓN

Las CHF son hiperecogenicidades detectadas en el estudio ecográfico. Su **incidencia** no está bien determinada, habiéndose reportado frecuencias de 1 de cada 1750-2000 ecografías del segundo trimestre para fetos vivos. Mientras, en el caso de fetos muertos, un gran estudio anatomopatológico reveló una incidencia del 2,2%. A pesar de su relativa frecuencia, su significado clínico, manejo e importancia no se conocen con exactitud.

Las lesiones se pueden **clasificar** en superficiales e intrahepáticas, asociadas a otras masas o no, y en únicas o múltiples. Las posibles **causas** de estas lesiones son varias: infecciones intraútero, accidentes isquémicos, tromboembolismo de la porta y vena hepática, tumores, anomalías cromosómicas, fibrosis quística y cálculos en la vesícula biliar.

Las CHF superficiales son lesiones puntiformes en la cápsula del hígado y su origen más común es la peritonitis meconial (asociando calcificaciones peritoneales). Las calcificaciones parenquimatosas se asocian a infecciones intrauterinas (sobre todo con CMV), a tumores primarios o metastásicos, a causas vasculares, (como resultado de trombosis, isquemia, aneurisma de la arteria hepática) y cromosopatías [especialmente si hay otros hallazgos, trisomía 13 (la más frecuente), 18 y 21]

El **estudio diagnóstico** complementario debe descartar, además de otras anomalías morfológicas, la causa infecciosa (realizando serología TORCH y Parvovirus), las anomalías cromosómicas (estudio del cariotipo fetal) y hacer despistaje de la FQ. Posteriormente se realizará seguimiento en consulta especializada de la evolución de las calcificaciones.

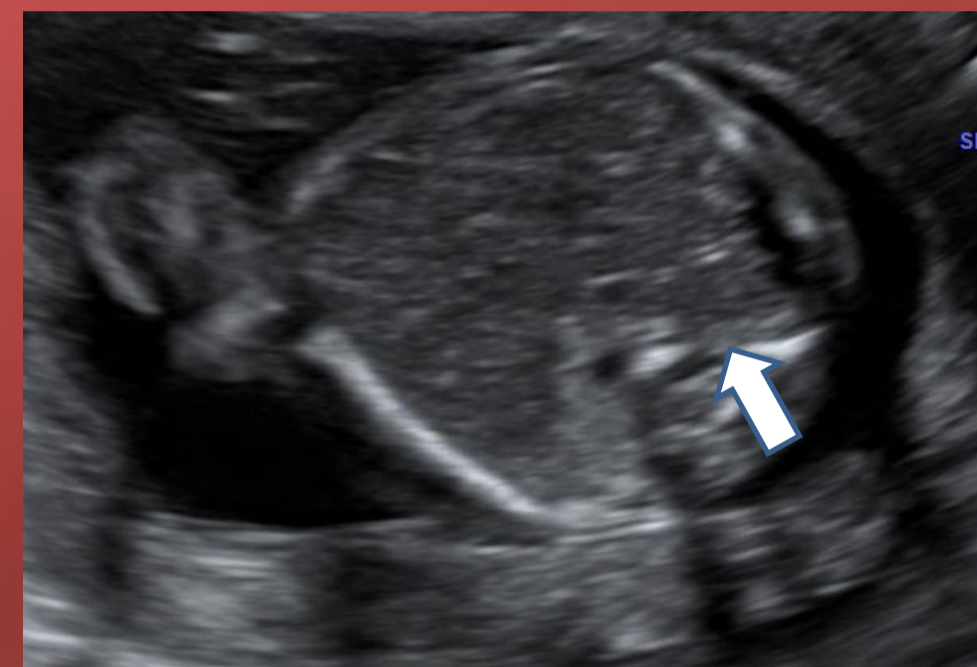
En cuanto al **pronóstico**, según la bibliografía revisada, en la mayoría de los casos de CHF con estudio negativo, no se encuentra ninguna otra anomalía subyacente y los recién nacidos permanecen asintomáticos. En cambio, si asocian otras anomalías ecográficas, tienen peor pronóstico.

Al nacimiento se debería realizar una ecografía abdominal con estudio Doppler y se puede valorar la realización de ecografía cerebral (para descartar ventriculomegalia y calcificaciones cerebrales) y ecocardiografía (para descartar cardiopatía embolígena).

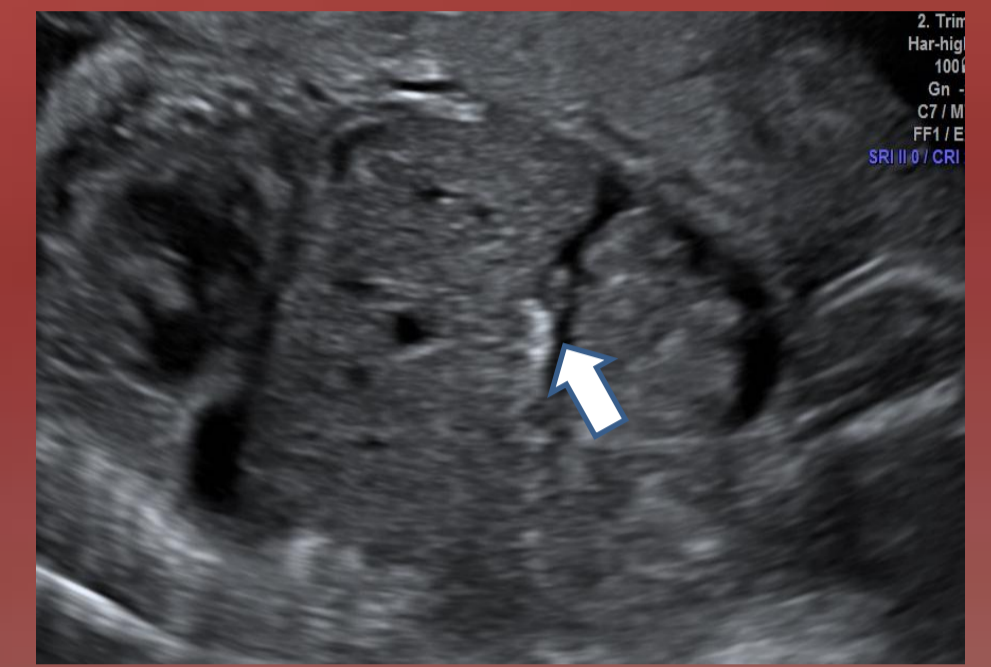
En conclusión, la literatura y nuestra serie de casos, sugieren que la presencia de CIH sin otras anomalías ecográficas, cariotipos anómalos o infecciones, tienen un buen pronóstico.

Bibliografía

- Simchen MJ, Toi A, Bona M, Alkazaleh F, Ryan G, Chitayat D. Fetal hepatic calcifications: Prenatal diagnosis and outcome. AM J Obstet Gynecol.2002;187:1617
- Achiron R, Seidman DS, Afek A, Maligner G, Lipitz S, Maschiach S, et al. Prenatal ultrasonographic diagnosis of fetal hepatic hyperechogenicities: clinical significance and implications for management. Ultrasound Obstet Gynecol. 1996; 7:251-5.



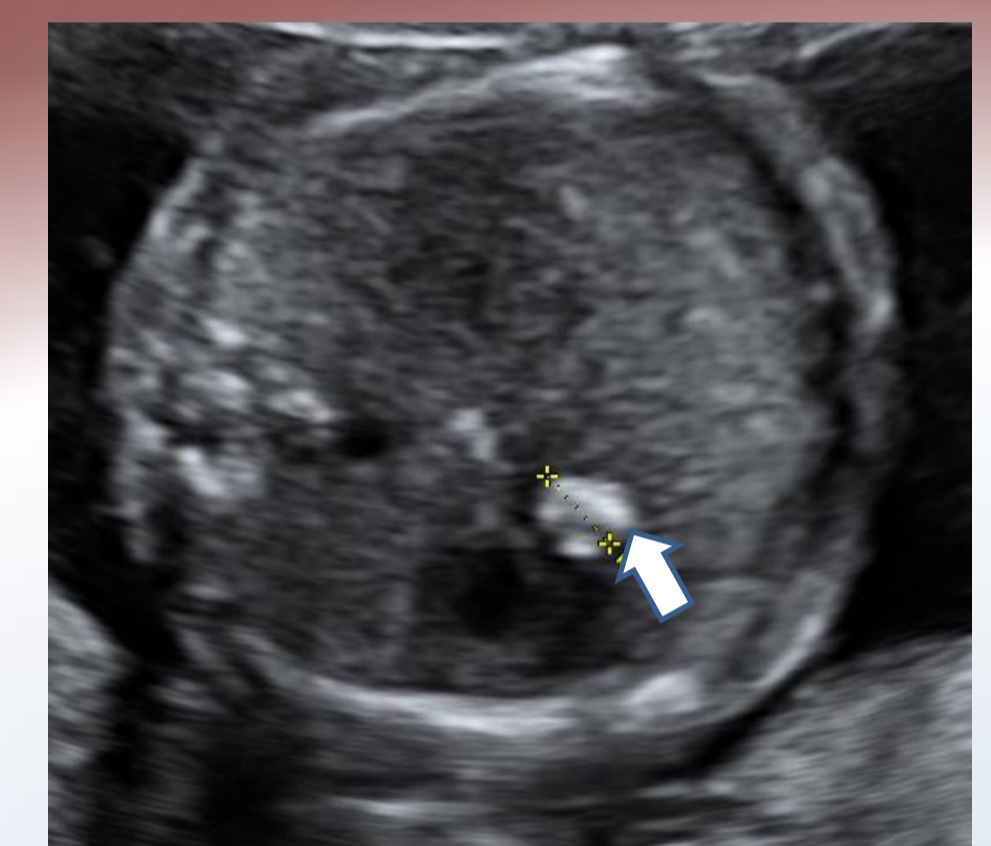
1, Calcificaciones intrahepáticas parenquimatosas en feto con T21



2, Calcificaciones en superficie hepática junto a ascitis en contexto de una peritonitis meconial



3, CIH parenquimatosas múltiples



4, CIH parenquimatosas groseras en corte transverso del abdomen



5, CIH parenquimatosas en corte sagital en gestación gemelar