

D. Escribano
M. Gallego
A. Galindo
M.D. Delgado^a
P. de la Fuente

Sección de Fisiopatología Fetal y Ecografía.
Departamento de Obstetricia y Ginecología.
^aServicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario
Materno-Infantil 12 de Octubre. Madrid.

Correspondencia:

Dr. A. Galindo Izquierdo.
Sección de Fisiopatología Fetal y Ecografía.
Departamento de Obstetricia y Ginecología.
Hospital Universitario 12 de Octubre.
Ctra. Andalucía, km 5,400. 28041 Madrid.
Correo electrónico: agalindoi@sego.es

Fecha de recepción: 14/3/02
Aceptado para su publicación: 15/10/02

Diagnóstico prenatal de hemangioma cutáneo fetal

571

Antenatal diagnosis of fetal cutaneous hemangioma

D. Escribano, M. Gallego, A. Galindo, M.D. Delgado, P. de la Fuente. Diagnóstico prenatal de hemangioma cutáneo fetal.

RESUMEN

Los hemangiomas cutáneos son la malformación congénita más frecuente en el recién nacido; sin embargo, los casos descritos en la bibliografía son escasos. Presentamos en este artículo un caso clínico de un hemangioma cutáneo fetal de localización abdominal diagnosticado prenatalmente mediante ultrasonografía en el tercer trimestre y confirmado posteriormente tras el nacimiento. Asimismo evaluamos las distintas posibilidades diagnósticas ante un hallazgo de estas características, así como su posible manejo terapéutico.

PALABRAS CLAVE

Hemangioma cutáneo. Tumor fetal. Diagnóstico prenatal.

ABSTRACT

Cutaneous hemangiomas are the most frequent congenital malformation in neonates. However, few cases have been reported in the literature. We present a case of fetal abdominal cutaneous hemangioma. Prenatal diagnosis was made through ultrasonography in the third trimester and was subsequently confirmed after birth. We evaluate the various diagnostic possibilities when faced with a finding of this type as well as its possible therapeutic management.

KEY WORDS

Cutaneous hemangioma. Fetal tumor. Prenatal.

572 INTRODUCCIÓN

Los hemangiomas son tumores de origen vascular que suponen la anomalía congénita más frecuente^{1,2}. Sin embargo, los casos descritos en la bibliografía son pocos¹⁻⁹. Pueden localizarse en la piel o en órganos internos como el hígado, el bazo o el corazón. La localización más común de los hemangiomas cutáneos es la región cervical, seguida del muslo, la región torácica y la pared abdominal.

Cuando los hemangiomas cutáneos se acompañan de una significativa sobreelevación sobre la superficie cutánea, su reconocimiento puede ser sencillo. No obstante, en función de su localización será necesario llevar a cabo el diagnóstico diferencial con otras patologías de mayor gravedad.

Presentamos un caso de un hemangioma cutáneo fetal de localización abdominal diagnosticado prenatalmente mediante ecografía.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 31 años, tercigesta, con dos partos anteriores eutócicos y sendos hijos sanos. La gestación actual estaba siendo controlada y era de curso normal, con ecografías en el I y II trimestres informadas como normales.

En la semana 38 acude a nuestro servicio de urgencias por presentar un sangrado genital escaso. Se descartó enfermedad urgente tanto por exploración clínica como mediante ecografía. Con ésta se comprobó la concordancia de la biometría fetal con la edad gestacional cronológica, la normalidad de la cuantía del líquido amniótico y la normoinserción placentaria. Además, en la exploración del abdomen fetal se observó la existencia de una masa sólida en la cara lateral derecha del abdomen que protruía hacia el exterior, de 32 mm de diámetro y que parecía depender de piel.

Con el diagnóstico de posible masa en la pared abdominal fetal, la paciente fue remitida a la unidad de fisiopatología fetal, donde un nuevo estudio ultrasonográfico confirmó la existencia de una formación nodular, de textura sólida homogénea, de 25 x 20 mm, de localización íntegramente en pared abdominal en el hipocondrio derecho, cubierta íntegramente por piel y sin conexión con la superficie hepática (fig. 1). El estudio Doppler de la masa re-

velaba la existencia de múltiples vasos de baja resistencia con *shunts* arteriovenosos (figs. 2 y 3). No se apreciaron defectos de pared abdominal, manteniéndose normal la ecoestructura de los órganos intraabdominales y la del cordón umbilical. Todos estos datos morfológicos y vasculares se consideraron compatibles con el diagnóstico de hemangioma cutáneo fetal, y no se observaron anomalías asociadas ni imágenes similares en otras localizaciones. Dado el tamaño y características de la masa, se decidió dejar evolucionar el parto por vía vaginal desestimándose la posibilidad de cesárea electiva.

En la semana 39 + 2 tuvo lugar el parto eutócico de un varón vivo de 2.800 g, con test de Apgar 9/10. En el examen físico inicial del recién nacido se comprobó efectivamente la existencia de una tumoración cutánea rojo-vinosa, sobreelevada, de 3 x 2 x 2 cm de diámetro, de consistencia intermedia y angiomatosa en el polo exterior, localizada en el hipocondrio derecho y que se catalogó de hemangioma cutáneo (fig. 4). El resto de la exploración fue normal.

Los hallazgos del estudio ecográfico posnatal eran superponibles a los apreciados prenatalmente, considerándose también como compatible con el diagnóstico de hemangioma. Dada la tendencia de los hemangiomas a la regresión espontánea y el alto índice de certidumbre diagnóstica, se desestimaron tanto la exéresis quirúrgica como la confirmación anatomopatológica, y se propusieron controles periódicos posnatales en consulta. En una primera revisión a los 3 meses de vida, la situación permanece similar, sin cambios sustanciales ni en el tamaño ni en la morfología de la masa.

DISCUSIÓN

A pesar de que los hemangiomas cutáneos son una de las anomalías congénitas más frecuentes en el recién nacido, los hallazgos descritos en la bibliografía son pocos, y no superan los 10-15 casos¹⁻⁹. Posiblemente sean los de mayor tamaño los que más interés tengan, dado que por su localización más frecuente (cráneo, cuello, muslo y abdomen) nos obligan a hacer un diagnóstico diferencial con otras entidades más importantes. Así, es fácil que estos hemangiomas sean confundidos con encefaloceles en el caso de los de localización craneal o con onfaloceles en los de localización abdominal. Este as-



Figura 1. Corte transverso del abdomen fetal. Se observa la imagen nodular sobreelevada, bien delimitada, sólida y homogénea, situada en la pared abdominal y cubierta íntegramente por piel. No se aprecian defectos de la pared abdominal.

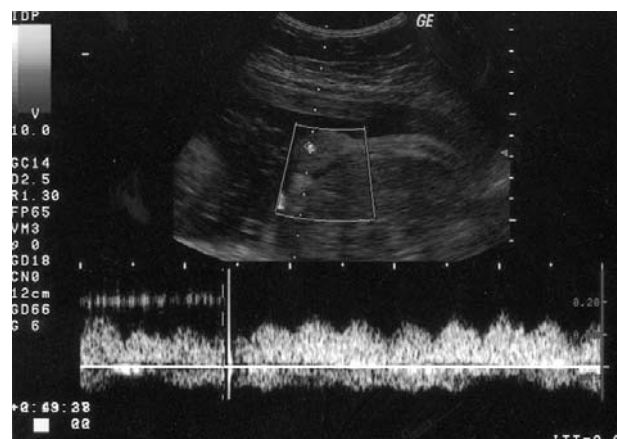


Figura 3. El estudio con Doppler pulsado de los vasos del hemangioma muestra un patrón de baja resistencia, existiendo abundante flujo telediastólico.

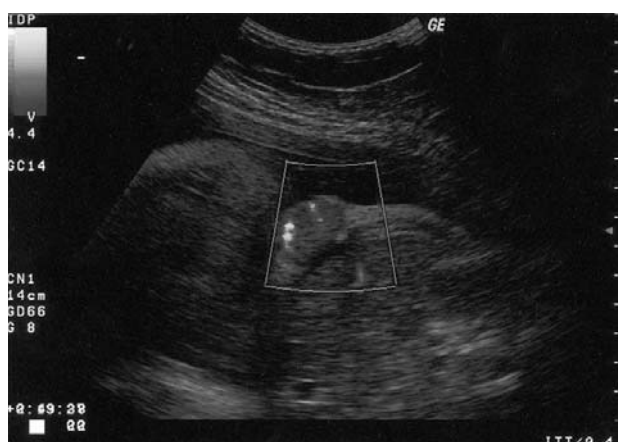


Figura 2. Corte transverso del abdomen fetal complementado con angio-Doppler que permite apreciar los trayectos vasculares en el interior de la masa.



Figura 4. Imagen de la masa del recién nacido mostrando el aspecto característico de los hemangiomas.

pecto fue descartado en nuestro caso tanto por la localización del hemangioma como por comprobar la integridad de la base del cordón umbilical y del plano muscular.

El estudio ultrasonográfico de estas lesiones pone de manifiesto por lo general una masa de textura homogénea, bien delimitada, de tamaño variable, que en ocasiones puede tener una morfología ecomixta por contener áreas quísticas hipoecogénicas y zonas hiperrefringentes correspondientes a calcificaciones¹.

Es frecuente observar en el estudio Doppler de los hemangiomas la existencia de vasos de baja resistencia con fenómenos de *shunt* arteriovenoso. En algunos casos pueden apreciarse vasos en la base de la lesión e incluso hay descritos hemangiomas de localización orbicular con un patrón fundamentalmente avascular¹. A pesar de que se ha querido ver en el Doppler un instrumento que permita diferenciar distintos tipos de patrones de lesiones cutáneas, no hay consenso sobre si este patrón es específico de los hemangiomas³.

Estas características morfológicas y vasculares permitirán diferenciar el hemangioma de otro tipo de lesiones, como teratoma (patrón heterogéneo con áreas sólidas y depósitos cálcicos), linfangioma (mayor tamaño y predominio de áreas quísticas) y sarcoma mesenquimal.

En los casos descritos en la bibliografía el diagnóstico suele ser en el III trimestre; la edad gestacional media en la que se diagnostican es 31 semanas (rango 23-38). Habitualmente la evolución es favorable y no suele haber anomalías morfológicas fetales asociadas. Únicamente se ha descrito un caso de muerte intrauterina de causa desconocida en un feto con un hemangioma de localización facial.

Clásicamente se ha considerado la cesárea como la vía del parto de elección en los casos con diagnóstico prenatal de hemangioma, posiblemente porque la principal localización de éstos es la craneofacial (más del 50%), para los cuales el parto vaginal podría suponer un riesgo. Sin embargo, cuando el hemangioma cutáneo se localiza en otro punto y su tamaño no hace suponer una distocia, puede permitirse un parto vaginal.

Las complicaciones más frecuentes de los hemangiomas cutáneos son el síndrome de Kasabach-Merrit (hemangioma cutaneovisceral asociado con trombocitopenia y coagulopatía de consumo)², que responde bien al tratamiento con corticoides, y la insuficiencia cardíaca congestiva y la anemia, siendo más comunes en hemangiomas gigantes.

El diagnóstico prenatal mediante ultrasonografía es importante para prever la vía del parto evitando así posibles distocias especialmente en hemangiomas gigantes así como establecer la necesidad de que ésta tenga lugar en un centro adecuado para el manejo de potenciales complicaciones asociadas como son el síndrome de Kasabach-Merrit y la insuficiencia cardíaca.

La evolución por lo general es favorable y rara vez requiere tratamiento¹⁰. La mayoría suelen regresar espontáneamente y en contados casos se hace necesario el tratamiento quirúrgico para evitar complicaciones como la ulceración de la piel suprayacente, la infección o el compromiso de estructuras adyacentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bulas DI, Johnson D, Allen JF, Kapur S. Fetal hemangioma. Sonographic and color flow doppler findings. *J Ultrasound Med* 1992;11:499-501.
2. Treadwell MC, Sepulveda W, LeBlanc LL, Romero R. Prenatal diagnosis of fetal cutaneous hemangioma: case report and review of the literature. *J Ultrasound Med* 1993;12:683-7.
3. Maynor CH, Hertzberg BS, Kliever MA, Heyneman LE, Carroll BA. Antenatal ultrasonographic diagnosis of abdominal wall hemangioma: Potential to simulate ventral abdominal wall defects. *J Ultrasound Med* 1995;14:317-9.
4. Gonçalves LF, Pereira ET, Parente LM, Vitorello DA, Barbosa UC, Saab Neto JA. Cutaneous hemangioma of the thigh: prenatal diagnosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997;9:128-30.
5. Sheiner E, Gohar J, Mazor M. Prenatal diagnosis of giant hemangioma of the thigh. *Int J Gynaecol Obstet* 1999;67:175-6.
6. Mitchell CS. Vertex hemangioma mimicking an encephalocele. *J Am Osteopath Assoc* 1999;99:626-7.
7. Raman S, Ramanujam T, Lim CT. Prenatal diagnosis of an extensive hemangioma of the fetal leg: a case report. *Obstet Gynaecol Res* 1996;22:375-8.
8. Battaglia C, Artini PG, D'Ambrogio G, Droghini F, Genazzari AR. Fetal abdominal cavernous hemangioma diagnosed by duplex Doppler velocimetry. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;71:476-8.
9. Smith LG, Carpenter RJ Jr, Gonsoulin W, Mari G, Reiter AA, Greenberg F, et al. Prenatal diagnosis of a chest wall mass with ultrasonography and Doppler velocimetry. A case report. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:567-9.
10. De Diego EM, Fernández I, Trugeda MS, Sandoval S. Hemangiomas y malformaciones vasculares. ¿Qué se puede hacer? *Bol Pediatr* 2001;41:173-43.