

CASO PARA EL DIAGNÓSTICO

Solución del caso 31. Peliosis hepática[☆]

Solution to case 31. Peliosis hepatis

A. Sierra Solís*, P. Rincón Rodera, T. Zamorano Pozo y M. Teresa Castillo Cano-Cortés

Servicio de Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz, España

Recibido el 5 de febrero de 2010; aceptado el 12 de mayo de 2010

Historia clínica

Niña de 5 años con aplasia medular que lleva 3 años tratándose con esteroides. Tras unos días con malestar, acude a urgencias pálida, estuporosa e hipotensa. Se realiza ecografía abdominal, donde se aprecia abundante líquido libre y se interviene quirúrgicamente de urgencia. En los días posteriores se efectúa RM abdominal.

Hallazgos de imagen

En la ecografía se aprecian múltiples lesiones hepáticas de baja ecogenicidad (fig. 1), sin flujo detectable en el estudio Doppler, y una imagen hipoecoica perihepática, con ecos internos, que se orientó como hematoma (fig. 2). En la RM algunas de las lesiones mostraban elevada intensidad en secuencias potenciadas en T1 y todas brillaban en secuencias potenciadas en T2, con realce inespecífico (fig. 3). El hematoma se comportaba de forma heterogénea aunque era hiperintenso en todas las secuencias (fig. 4).

Discusión

Dado el antecedente de toma prolongada de esteroides, la existencia de múltiples lesiones hepáticas y la hiperintensidad de alguna de ellas en T1, sugestiva de hemorragia, además de la presencia de una complicación tan característica como el hemoperitoneo, el proceso se etiquetó como peliosis hepática. La niña sufrió un shock hemorrágico. En el quirófano se comprobó que una de las lesiones estaba abierta a la superficie hepática. En controles posteriores las lesiones fueron despareciendo en número y tamaño tras retirar la medicación.

La peliosis es una rara enfermedad caracterizada por la presencia de cavidades quísticas llenas de sangre. El término proviene del griego «pelios» que significa oscuro, debido al aspecto macroscópico que le da al hígado la sangre coagulada¹. Suele darse casi exclusivamente en la edad adulta sin predilección por ningún sexo y apenas hay casos comunicados en niños². Su tamaño puede variar de menos de 1 mm a varios centímetros. Aunque su etiopatogenia precisa sigue siendo desconocida, está bien establecida su relación con múltiples procesos debilitantes como: tuberculosis, SIDA, alcoholismo, inmunodeficiencia postransplante, diabetes mellitus, infecciones por Bartonella... y también con situaciones de ingesta crónica de anticonceptivos orales o esteroides³. La presentación clínica varía, puede ser asintomática y diagnosticarse incidentalmente en una autopsia, o bien presentarse directamente con complicaciones como

* Para conocer el listado de participantes que acertaron su diagnóstico y obtuvieron créditos, hay que dirigirse a la página web de la SERAM (<http://www.seram.es>) dentro del apartado de la revista Radiología.

[☆] Autor para correspondencia.

Correo electrónico: albersierra@hotmail.com (A. Sierra Solís).



Figura 1 Se aprecia una lesión focal de baja ecogenicidad (a) y una imagen hipoeoica (hematoma) adyacente al hígado (asterisco).

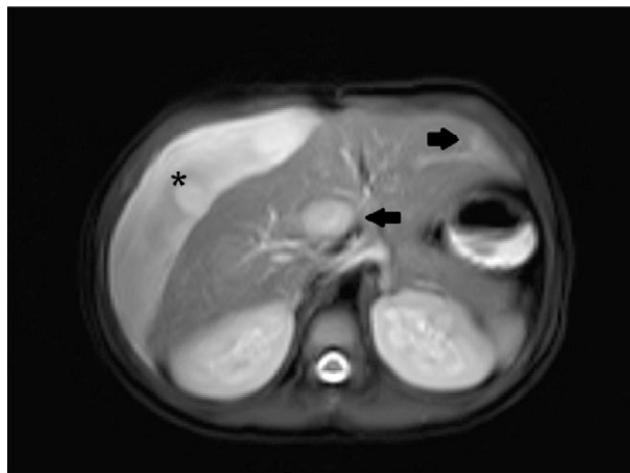


Figura 4 Se aprecian más lesiones (flechas) en segmentos inferiores. Hematoma (asterisco) muy intenso.

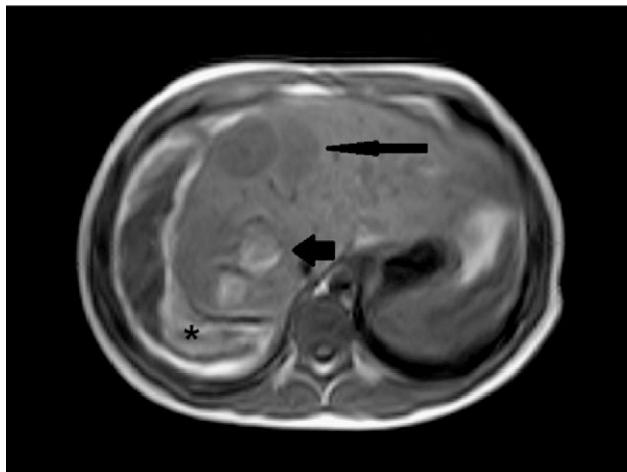


Figura 2 Algunas lesiones tienen elevada intensidad (flecha corta) y otras son hipointensas (flecha larga). El hematoma tiene un componente hiperintenso (asterisco).

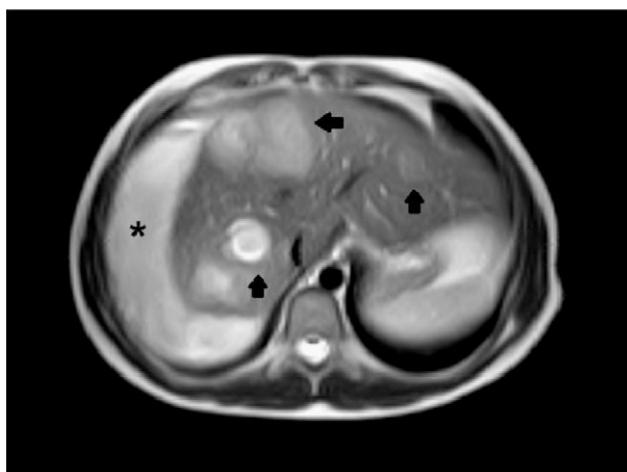


Figura 3 Todas las lesiones brillan (flechas). El hematoma (asterisco) tiene elevada intensidad también.

fallo hepático, hipertensión portal o hemorragia peritoneal.

El aspecto radiológico de estas lesiones varía en función de la cantidad de sangre no coagulada que hay en ellas y su flujo. Ecográficamente suelen ser hipoeoicas respecto al resto del parénquima, excepto cuando se complican con hemorragia, mostrando entonces focos de mayor ecogenicidad. No suelen mostrar flujo en el estudio Doppler. En la TC son lesiones hipotenuantes, aunque pueden presentar densidad aumentada si han sangrado o mostrar calcificaciones en su interior⁴. Si las cavidades pelióticas son menores de 1 cm el estudio puede ser normal. Como presentación inusual pueden tener niveles líquido-líquido por sangrado⁵. Su comportamiento tras la inyección de contraste es variable. Clásicamente se ha descrito el «signo de la diana» que consiste en un realce nodular central en fase arterial, que sigue un sentido centrífugo en fases posteriores⁶. En general, pueden o no tener realce progresivo y éste ser centrífugo o centrípeto⁷. En RM los hallazgos visualizados también varían según la edad y fase de sangrado de las lesiones, lo que traduce su variable aspecto en T1. En secuencias potenciadas en T2 son de intensidad elevada⁸. En la difusión, los valores de ADC de las lesiones son menores que en el parénquima sano, probablemente debido a la presencia de trombosis y hemorragia⁵.

Su diagnóstico diferencial debe incluir a adenoma, hemangioma, absceso, metástasis hipervasculares y especialmente el carcinoma hepatocelular, siendo a veces difícil su diferenciación en el caso de lesión única o si existe degeneración peliótica⁹. En la edad pediátrica se debe considerar el linfangioma. Es peligroso realizar una biopsia percutánea de estas lesiones por el riesgo de hemorragia.

No existe un tratamiento específico y su curso es variable. Las lesiones suelen desaparecer tras retirar la medicación o de forma espontánea, pero también pueden producir complicaciones mortales¹⁰.

En definitiva, la peliosis debe considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones hepáticas atípicas, incluso en niños, sobre todo cuando se dan de forma concomitante las situaciones clínicas anteriormente descritas.

Diagnóstico

Peliosis hepática; Peliosis con hematoma perihepático secundario; Hematoma perihepático como complicación de peliosis.

Bibliografía

1. Tsokos M, Erbersdobler A. Pathology of peliosis. *Forensic Sci Int.* 2005;149:25–33.
2. Wang SY, Ruggles S, Vade A, Newman BM, Borge MA. Hepatic rupture caused by peliosis hepatis. *Pediatr Surg.* 2001;36:1456–9.
3. Aleixandre A, Ruiz A, Martí-Bonmatí L, Ruiz F. Peliosis hepática: un diagnóstico posible. *Radiología.* 2002;44: 259–61.
4. Iannaccone R, Federle MP, Brancatelli G, Matsui O, Fishman EK, Narra VR, et al. Peliosis hepatis: Spectrum of imaging findings. *AJR Am J Roentgenol.* 2006;187:43–52.
5. Battal B, Kocaoglu M, Atay AA, Bulakbasi N. Multifocal peliosis hepatis: MR and diffusion-weighted MR-imaging findings of an atypical case. *Ups J Med Sci.* 2010;115:153–6.
6. Gouya H, Vignaux O, Legmann P, de Pigneux G, Bonnin A. Peliosis hepatis: triphasic helical CT and dynamic MRI findings. *Abdom Imaging.* 2001;26:507–9.
7. Kim SH, Lee JM, Kim WH, Han JK, Lee JY, Choi BI. Focal peliosis hepatis as a mimicker of hepatic tumors: radiological-pathological correlation. *J Comput Assist Tomogr.* 2007;31:79–85.
8. Kamaya A, Maturen KE, Tye GA, Liu YI, Parti NN, Desser TS. Hypervascular Liver Lesions. *Semin Ultrasound CT MR.* 2009;30:387–407.
9. Ferrozzi F, Tognini G, Zuccoli G, Cademartiri F, Pavone P. Peliosis hepatis with seudotumoral and hemorrhagic evolution: CT and MR findings. *Abdom Imaging.* 2001;26:197–9.
10. Jacquemin E, Pariente D, Fabre M, Huault G, Valayer J, Bernard O. Peliosis hepatis with initial presentation as acute hepatic failure and intraperitoneal hemorrhage in children. *J Hepatol.* 1999;30:1146–50.