



Nota clínica

Calcificación hepática congénita: ¿preocuparse o no preocuparse? Esa es la cuestión

B. Matías García^a, I. Carabaño Aguado^b, M. Herrero Álvarez^c

Publicado en Internet:
16-abril-2015

Belén Matías García:
belenmg3@gmail.com

^aEstudiante. Facultad de Medicina. Universidad Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid. España • ^bServicio de Pediatría. Hospital General de Villalba, Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Madrid. España • ^cServicio de Pediatría. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid. España.

Resumen

Palabras clave:

- Calcificación
- Hígado
- Diagnóstico prenatal

Las calcificaciones hepáticas fetales son un hallazgo relativamente frecuente. Pueden ser superficiales o intrahepáticas. Su presencia se ha relacionado con múltiples patologías (peritonitis meconial, infecciones congénitas, cromosomopatías, isquemia, tumores, etc.). A pesar de su alta frecuencia, su manejo no está debidamente protocolizado.

Presentamos un caso de calcificación hepática diagnosticada en la semana 24 de embarazo, confirmada posnatalmente y de evolución favorable.

Congenital liver calcification. Shall we worry or not? That is the question

Abstract

Key words:

- Calcification
- Liver
- Prenatal diagnosis

Fetal liver calcifications are a relatively common finding. They may be superficial or intrahepatic. Their presence has been linked to many diseases (meconium peritonitis, congenital infections, chromosomal abnormalities, ischemia, tumors, etc.). Despite its high frequency, their management is not properly notarized.

We introduce a case of liver calcification diagnosed at 24th pregnancy week and postnatally confirmed.

CASO CLÍNICO

Neonato sin antecedentes familiares de interés, derivado a las consultas externas de Digestivo para estudio y seguimiento de una lesión hiperecogénica en el hígado, objetivada en la ecografía de la semana 24 de gestación. El embarazo fue controlado y cursó sin más incidencias. Serologías negativas, rubeola-inmune. Parto eutócico a las 39 +3 semanas. Apgar 9/10; reanimación 0. Exploración física inicial normal, sin estigmas de cromosomopatía.

Al nacimiento se confirma la presencia de una imagen nodular superficial, homogéneamente hiperecogénica, de 5 mm de diámetro en el lóbulo hepático derecho (**Fig. 1**). Se le realizó además una ecocardiografía transtorácica, en la que se visualizó un corazón estructural y funcionalmente normal; y una ecografía cerebral, también normal.

Con el diagnóstico de calcificación hepática simple, se procedió al seguimiento periódico de la lesión bajo un régimen de conducta expectante, a través de ecografías abdominales seriadas. A los

Cómo citar este artículo: Matías García B, Carabaño Aguado I, Herrero Álvarez M. Calcificación hepática congénita: ¿preocuparse o no preocuparse? Esa es la cuestión. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17:e151-e153.

Figura 1. Imagen ecográfica abdominal: hiperecogenicidad homogénea de 5 mm en lóbulo hepático derecho, con tenue sombra posterior. Compatible con una calcificación hepática



seis meses de vida, la lesión pasó a medir 2,5 mm de eje mayor.

DISCUSIÓN

En aproximadamente una de cada 1750 ecografías del segundo trimestre se puede objetivar una calcificación hepática^{1,2}. Es, por tanto, un hallazgo frecuente. Sin embargo, su significado clínico, manejo e importancia no se conocen con exactitud³⁻⁵.

Algunos autores las clasifican en dos grupos: superficiales e intrahepáticas. Estas últimas, a su vez, se pueden dividir en dos subgrupos (asociadas a otras masas y no asociadas a otras masas). Otros autores las clasifican cuantitativamente en únicas y múltiples³⁻⁵.

Las calcificaciones superficiales son lesiones puntiformes situadas en la superficie del hígado. Su origen más común es la peritonitis meconial, por lo que suelen verse concomitantemente con calcificaciones peritoneales¹. Las calcificaciones superficiales subcapsulares pueden ser debidas a la suelta de émbolos desde la vena porta o desde las venas hepáticas².

Las calcificaciones intrahepáticas sin masa asociada se han relacionado etiológicamente con las infecciones intrauterinas del complejo TORCH (sobre todo con el citomegalovirus), así como con tumores

primarios o metastásicos, isquemia, aneurismas de la arteria hepática, trombosis portal, anomalías cromosómicas (como las trisomías 13, 18 y 21)^{1,3,4}, fibrosis quística y litiasis en la vesícula biliar³.

Las calcificaciones intrahepáticas con masa asociada son poco frecuentes. Se han vinculado sobre todo con el hepatoblastoma (masa heterogénea con calcificaciones puntiformes gruesas), y el neuroblastoma metastático. También se ha descrito su asociación con hemangioma, hamartoma, teratoma, hepatocarcinoma, y hemangioendoteliooma⁶.

Hay autores que defienden que la clasificación (superficiales frente a intrahepáticas) no conlleva ninguna utilidad para hacer un enfoque etiológico. Por tal motivo, todo feto con dichas calcificaciones, según ellos, ha de ser evaluado en profundidad con el fin de descartar infecciones, malformaciones, anomalías cromosómicas, anomalías vasculares y tumores⁷.

Nosotros nos adherimos a esta opinión. En nuestro caso, más allá de revisar las serologías gestacionales, se optó por hacer una ecografía abdominal posnatal (para descartar masas asociadas) con sonda Doppler (con el fin de excluir lesiones isquémicas), una ecografía cerebral (para descartar ventriculomegalia y calcificaciones intracraneales) y una ecocardiografía (para descartar la presencia de cardiopatías embolígenas)^{1,2,8}. No se objetivó ninguna anomalía asociada.

Aunque las calcificaciones hepáticas son relativamente frecuentes, su manejo clínico no se ha protocolizado en detalle. En la mayoría de los casos en los que se detectan calcificaciones hepáticas aisladas, no se encuentra ninguna anomalía subyacente y no existe repercusión clínica^{2,5,9}. Este tipo de casos con calcificaciones hepáticas aisladas tuvieron una excelente evolución^{1,3-5,9}. El seguimiento con ecografía muestra típicamente la estabilidad o regresión de la calcificación², tal y como ocurrió en nuestro paciente. Los casos en los que se hallan múltiples calcificaciones suelen asociarse también con otras anomalías y por tanto con peor pronóstico^{3,4}, por lo que existe un riesgo notable de aborto espontáneo y muerte fetal intrauterina⁷.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

TORCH: cribado en recién nacidos, de toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus, herpes simple y virus de la inmunodeficiencia humana (pero también puede incluir otras infecciones en los recién nacidos).

BIBLIOGRAFÍA

1. Bronshtein M, Blazer S. Prenatal diagnosis of liver calcifications. *Obstet Gynecol.* 1995;86:739-43.
2. Deborah L, Susan M, Vanessa A. Overview of echogenic masses and calcification in the fetal abdomen. En: UpToDate [en línea]. Disponible en www.uptodate.com/contents/overview-of-echogenic-masses-and-calcification-in-the-fetal-abdomen [consultado el 9/04/2015].
3. Pata O, Gündüz NM, Unlü C. Isolated fetal liver calcifications. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2012;13:67-9.
4. Simchen MJ, Toi A, Bona M, Alkazaleh F, Ryan G, Chitayat D. Fetal hepatic calcifications: prenatal diagnosis and outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187:1617-22.
5. Achiron R, Seidman DS, Afek A, Malinger G, Lipitz S, Mashiach S, *et al.* Prenatal ultrasonographic diagnosis of fetal hepatic hyperechogenicities: clinical significance and implications for management. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1996;7:251-5.
6. Arda K, Ozdemirel D, Tosun, Olçer T. Postpartum follow-up of hepatic calcification detected by prenatal ultrasound. *JBR-BTR.* 2000;83:231-3.
7. Kidron D, Sharony R. Fetal liver calcifications: an autopsy study. *Virchows Arch.* 2012;460:399-406.
8. Yamashita Y, Iwanaga R, Goto A, Kaneko S, Yamashita F, Waseda N, *et al.* Congenital cytomegalovirus infection associated with fetal ascites and intrahepatic calcifications. *Acta Paediatr Scand.* 1989;78:965-7.
9. Stein B, Bromley B, Michlewitz H, Miller WA, Benacerraf BR. Fetal liver calcifications: sonographic appearance and postnatal outcome. *Radiology.* 1995;197:489-92.