

MANEJO DE LAS CALCIFICACIONES INTRAHEPÁTICAS

Mateos Laguna M., Gambacorti Passerini Z.M., León Molina M., Bayoumi Delis B.S., Martí Edo M., Calero Espino A., Sánchez Hipólito L., Anaya Baz M. A.

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

Introducción

Las calcificaciones hepáticas fetales son áreas hiperecogénicas que son detectadas por ecografía en el estudio del hígado fetal.

Es relativamente común como hallazgo prenatal ultrasonográfico, con una incidencia estimada de 1:1000 hasta 1:1750.

Se han asociado a diferentes causas como infecciones intrauterinas, eventos vasculares hepáticos, tumores hepáticos y alteraciones cromosómicas.

Material y métodos

Se presenta un caso clínico de una tercigesta de 39 años de edad que acude a consulta de control prenatal.

La paciente refiere alergia a ningún medicamento. Como enfermedades de interés presento una trombosis en miembro inferior izquierdo en 2004, además presenta un estudio de trombofilia positivo: mutación heterocigota para el gen de la protrombina y mutación heterocigota para el factor XII C46T, por lo que se encuentra en tratamiento profiláctico con tinzaparina de 4500 UI/24h. Realiza controles anti Xa periódicamente.

No ha sido intervenida quirúrgicamente.

No presenta otras enfermedades de interés ni hábitos tóxicos.

La paciente presenta el grupo sanguíneo A con Rh positivo, y las serologías realizadas es inmune a la rubeola, no inmune a toxoplasma, negativo a VIH, VHC, VHB y RPR.

Entre sus antecedentes obstétricos refiere un parto eutócico en 2013 con un peso al nacimiento de 2800gr, presento hipertensión arterial al final de la gestación, controlada con tratamiento médico, y un aborto del segundo trimestre de 16 semanas por un hidrops fetal en 2016.

En la ecografía realizada en el primer trimestre de gestación no se encuentra ninguna anomalía morfológica y riesgo calculado para la trisomía 21 es de 1/1334 y 1/10.000 para la trisomía 18.

En la ecografía morfológica de las 20 semanas, se observa una biometría acorde a edad gestacional, calcificaciones intrahepáticas diseminadas y una dilatación pielocalicial derecha de 5,2 mm.

Se solicita estudio de serologías: CMV Ac Ig G positivo / CMV Ac Ig M negativo, toxoplasma no inmune, Parvovirus B19 Ig G positivo/ Parvovirus B19 Ac Ig M negativo.

A las 23+1 semanas de gestación en la exploración ultrasonográfica se siguen visualizando calcificaciones intrahepáticas diseminadas y groseras, y también alguna calcificación pulmonar. Se observa dilatación pielocalicial derecha de 4,6 mm.



Se realiza amniocentesis diagnóstica para estudio de cariotipo completo y secuenciación del gen completo de la fibrosis quística. El cariotipo es 46 XX y no se detectan mutaciones en el gen CFTR, aunque no se puede excluir variantes debido a mutación en otra región no detectada.

En la ecografía realizada a las 34+4 semanas de gestación se continua visualizando calcificaciones intrahepáticas y no presenta dilatación pielocalicial derecha. PFE 2200gr.

Se continua el seguimiento en la consulta final de embarazo, se observa un adecuado crecimiento y bienestar fetal, en las semanas 37, 39, 40.

Se programa ingreso e inducción del parto por gestación en vías de prolongación a la semana 41+3.

Se inicia parto de forma espontánea y se produce parto instrumental con espátulas de Thierry para alivio del explosivo, nace recién nacido vivo mujer de 2450gr de peso, y pH al nacimiento de 7,22.

Conclusiones

Las calcificaciones hepáticas son relativamente frecuentes.

Los casos aislados presentan un buen pronóstico después de descartar infección intrauterina y aneuploidías.

Sin embargo cuando se asocian con malformaciones mayores el aumenta el riesgo de presentar una anomalía cromosómica, principalmente la trisomía 13.

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 Dec;187(6):1617-22.