

Caso	(371) Dolor abdominal y crisis comicial ¿Cuál es el factor común?
Autores	Patricia Carreño Moran, Patricia Carreño Moran, Piedad Arias Rodríguez, Manuela Ballén García Blanca Prieto García, María Alejandra Arévalo González Y María Teresa Garzón Guitera
Centro	Compleja Asistencial Univeristrio De Salamanca Causa

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 70 años que acude a urgencias por dolor abdominal citolisis y colestasis y un vomito. Se solicitó ecografía abdominal visualizando masa hipoecoica hepática sólida de aspecto ecográfico inespecífico por lo que se completa con TC abdominopélvico tras contraste yodado objetivando masa hepática solida hipodensa e hipovascular redondeada en la porción superior de predominio periférico, no infiltrante de predominio subcapsular. Lesiones hipodensas hipovasculares de base triangular periférica en tercio medio e inferior de bazo, polos inferiores de ambos riñones y tercio medio de riñón izquierdo sugerentes de infartos. Se diagnosticó de infartos múltiples renales, esplénicos y cerebrales recurrentes, en relación con embolismos múltiples a pesar de anticoagulación y probablemente hepático, aunque como no presentaba morfología característica se incluyó en el diagnóstico diferencial proceso inflamatorio flemonoso y menos probable masa tumoral hipovascular.

Posteriormente en urgencias presentó estatus epiléptico con focalidad neurológica. Se realizo nuevo TC craneal (AP de infarto ACM derecha en marzo), observando área hipodensa en territorio de ACM izquierda con alguna zona ligeramente hiperdensa en probable relación con administración previa de contraste intravenoso con diagnóstico de nuevo ACV isquémico con extravasación de contraste de TC previo, o menos probable ACV isquémico con transformación hemorrágica.

DISCUSIÓN

Los infartos hepáticos son infrecuentes gracias a la doble irrigación, portal y de arteria hepática.

Entre las causas más frecuentes de infarto hepáticos esta la iatrogenia (tras biopsias o colocación de dispositivos TIPS, quimioembolización intrarterial, tras cirugía hepatobliar)(1). También son frecuentes tras trasplante hepático por oclusión o trombosis de arteria hepática, traumatismos, hiercoagulabilidad o vasculitis(4), sepsis o shock y en eclampsia o Síndrome HELLP (3).

Los principales diagnósticos diferenciales de la lesión hepática hipovascular serían:

- Infarto en el contexto de embolismos múltiples aunque la morfología no es la característica y se aconseja seguimiento estudio RM.

- Masa flemonosa: en fases iniciales mal definida hipoecoica en ecografía, hipodensos e hipovascular en TC tras CIV.

-Lesiones contusivas tras traumatismo hepático en paciente con antecedente de ictus y síncope el mes previo.

-Tumores hipovasculares en TC de aspecto no característico. Se aconseja confirmar el diagnóstico mediante RM hepática.

- Esteatosis hepática focal. Se realizaría el diagnóstico mediante secuencias fase-fuera de fase, por pérdida de señal en esta última.

La mayoría de los autores (1-2) recomiendan biopsia si las características de imagen no son completamente típicas (sospecha de infección diseminada, forma triangular periférica característica con ausencia de realce) para descartar proceso infiltrativo.

En nuestro caso la morfología redondeada en la porción superior no es completamente usual, pero sí la clínica de infartos múltiples cerebrales, en bazo y ambos riñones. Se realizó tratamiento antibiótico empírico en ese contexto y controles evolutivos ecográficos sin mostrar cambios, lo que confirma la sospecha de infartos.

No se pudo realizar RM hepática por inestabilidad en el estado de conciencia.

El infarto en RM se visualiza como áreas bien definidas hipointensas en secuencias potenciadas en T1, heterogéneas en T2 por edema que acompaña al infarto, tras contraste muestra comportamiento similar al descrito en TC, además permite excluir absceso o caracterizar tumoraciones.

CONCLUSIÓN

Los infartos hepáticos son poco frecuentes, la mayoría de causa iatrógena o en contexto de embolismos múltiples como en nuestro caso, a veces tienen presentaciones atípicas que precisan pruebas complementarias o seguimiento para adecuada caracterización.

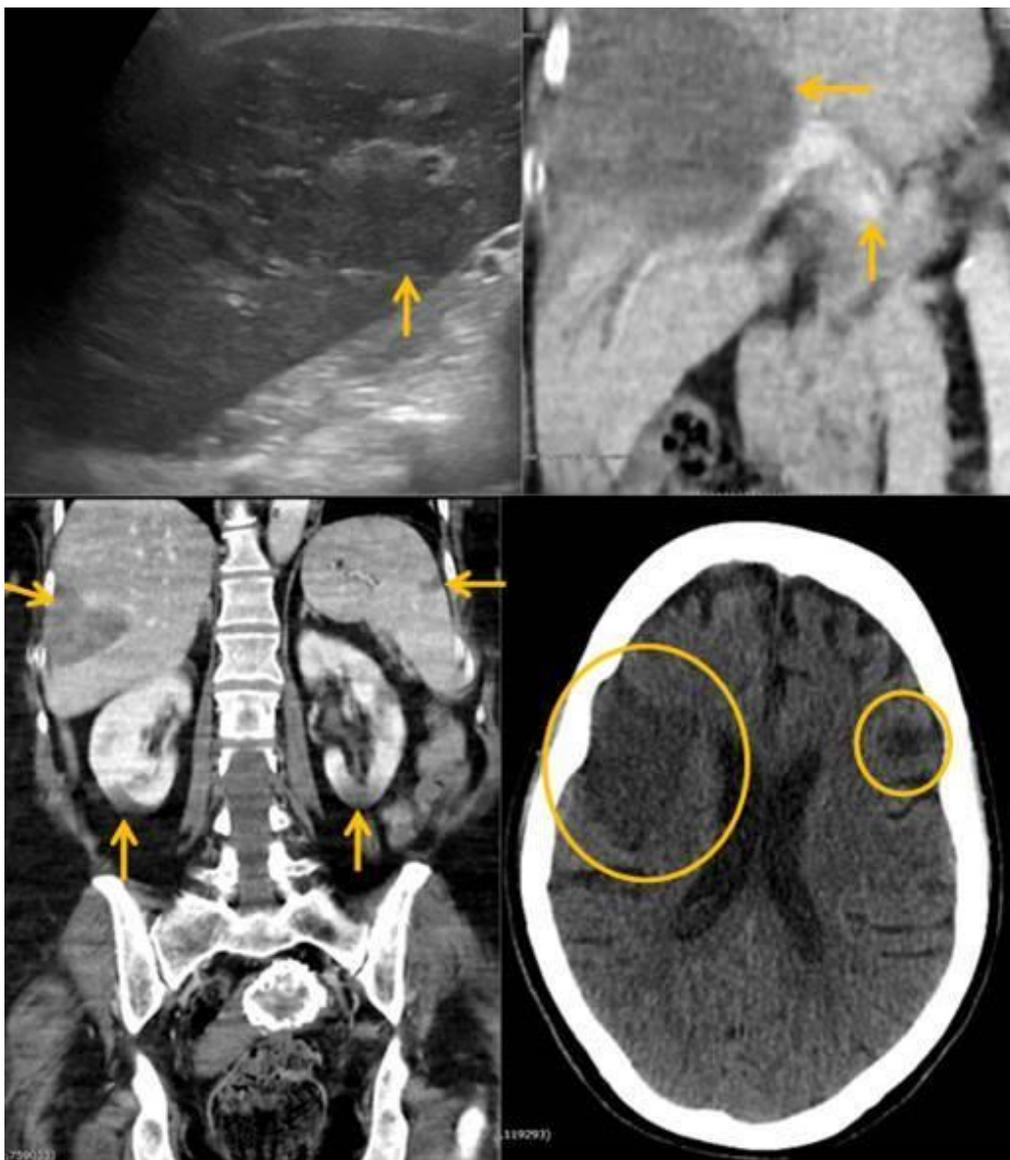


Imagen superior izquierda muestra ecografía abdominal con masa redondeada hipoeoica e hipovascular mediante Doppler. Imagen inferior izquierda TC abdominopélvico coronal imágenes triangulares de base periférica hipovasculares en bazo ambos riñones e hígado sugerentes de infartos múltiples Imagen superior derecha detalle lesión hepática hipovascular y pequeño defecto parcial de repleción en vena porta. Imagen inferior derecha TC craneal sin contraste con áreas hipovasculares sugerentes de infartos múltiples.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-M. Torabi, K. Hosseinzadeah, M. Federle. MDCT of non neoplastic hepatic vascular and perfusión disorders. Radiographics. 2008; 28:1967-1982.
- 2-S.Giovine, A. Pinto, S. Crispano, F. Lassandro, L. Romano. Retrospective study of 23 cases of hepatic infarction: CT findings and pathological correlation. Radiol Med. 2006; 111(1):11-21.
- 3-D. Joshi, A. James A, et al. Liver disease in pregnancy. Lancet. 2010; 375: 594-605.
- 4- J. Tuvia, O. Lebwohl y J. Lefkowitz. Hepatic Infarction Due to Thrombotic Angiitis; MR Appearance. Clinial radiology. doi:10.1053/crad.1999.0163.