

Hemangioma cavernoso hepático roto: relato de caso e revisão da literatura*

Ruptured hepatic cavernous hemangioma: a case report and literature review

Walter Teixeira de Paula Neto¹, Ana Celia Baptista Koifman², Carlos Alberto de Souza Martins³

Resumo O hemangioma hepático é frequentemente assintomático e, mesmo quando de grandes dimensões, não mostra tendência a sangramento. Os autores relatam o caso de uma paciente de 31 anos de idade com dor abdominal aguda, cujos exames de imagem evidenciaram hematoma no lobo hepático esquerdo, associado a hemoperitônio. A paciente foi submetida a hepatectomia esquerda, com o diagnóstico histopatológico de hemangioma cavernoso.

Unitermos: Hemangioma hepático; Hemoperitônio; Tomografia computadorizada; Abdome agudo.

Abstract Hepatic hemangioma is frequently asymptomatic, and bleeding is rare, even in cases of large lesions. The authors report the case of a 31-year-old female patient presenting with acute abdominal pain, whose imaging studies have demonstrated hematoma in the left hepatic lobe associated with hemoperitoneum. The patient was submitted to left hepatectomy, with a final histopathological diagnosis of cavernous hemangioma.

Keywords: Hepatic hemangioma; Hemoperitoneum; Computed tomography; Acute abdomen.

Paula Neto WT, Koifman ACB, Martins CAS. Hemangioma cavernoso hepático roto: relato de caso e revisão da literatura. Radiol Bras. 2009;42(4):271-273.

INTRODUÇÃO

A hemorragia hepática espontânea é uma condição pouco comum e, na ausência de trauma ou terapia anticoagulante, frequentemente ocorre em consequência da doença hepática subjacente⁽¹⁾.

As causas mais comuns de hemorragia hepática não traumática são o carcinoma hepatocelular e o adenoma hepático⁽²⁾. Existem poucos casos relatados na literatura de ruptura espontânea de hemangioma cavernoso⁽³⁾.

Os achados radiológicos revelam hemoperitônio, massa hepática heterogênea, podendo ainda ser identificado coágulo intraperitoneal adjacente ao local de sangramento⁽⁴⁾.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 31 anos de idade, apresentando quadro de abdome agudo. Não havia histórico de doença abdominal subjacente. A paciente encontrava-se em uso de anticoncepcional oral. Ao exame físico, constatou-se abdome tenso, doloroso à palpação superficial e profunda nas regiões do epigástrio e hipocôndrio direito. A análise laboratorial revelou discreta redução do hematócrito (34%) e da hemoglobina (11 g/dl).

Realizou-se ultra-sonografia (US) do abdome, que demonstrou aumento de volume do lobo esquerdo hepático, com ecotextura difusamente heterogênea, à custa de áreas hipo e hiperecoicas mal definidas de permeio (Figura 1). Realizou-se, também, tomografia computadorizada (TC) de abdome, que evidenciou áreas hipo e hiperdensas, por vezes alcançando densidade de 40 UH, sem realce pelo meio de contraste, interessando a quase totalidade do lobo hepático esquerdo, compatível com hematoma agudo (Figuras 2 e 3).

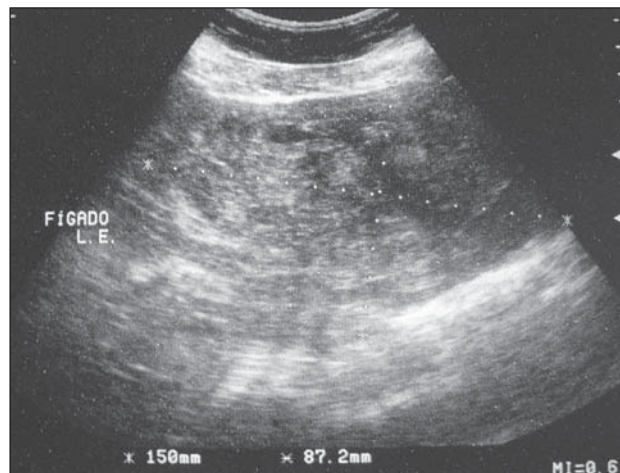


Figura 1. Ultra-sonografia do abdome superior mostra lobo hepático esquerdo de volume aumentado, de contorno abaulado e ecotextura difusamente heterogênea.

* Trabalho realizado na Life Imagem – Hospital Evangélico, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

1. Médico Radiologista do Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital Uniclínicas, Chapecó, SC, Brasil.

2. Livre Docente, Médica Radiologista do Hospital Municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

3. Presidente da Sociedade Brasileira de Radiologia (SBR), Diretor da Clínica Life Imagem, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência: Dr. Walter Teixeira de Paula Neto. Complexo Unimed Chapecó. Rua Porto Alegre, 132D – Caixa Postal 514. Chapecó, SC, Brasil, 89802-130. E-mail: walterteixeira21@yahoo.com.br

Recebido para publicação em 25/11/2007. Aceito, após revisão, em 11/1/2008.

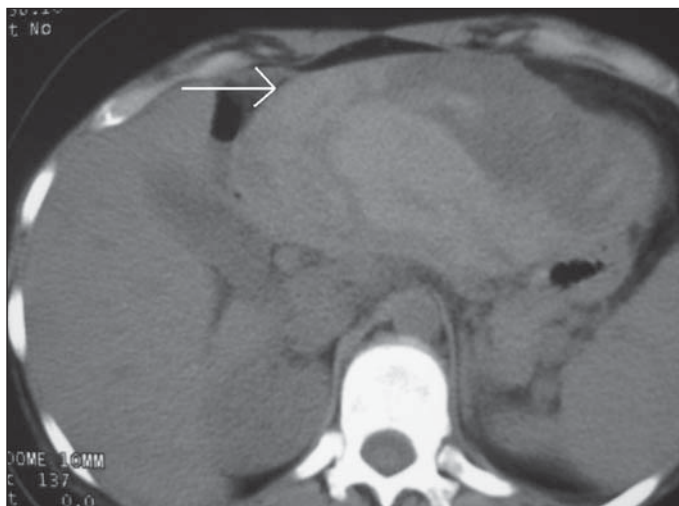


Figura 2

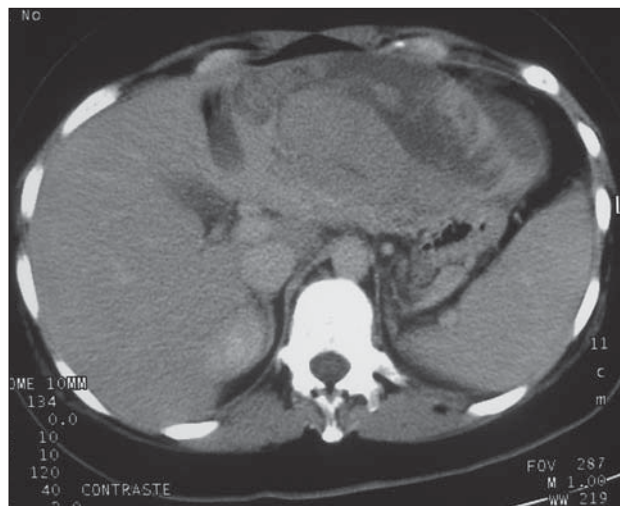


Figura 3

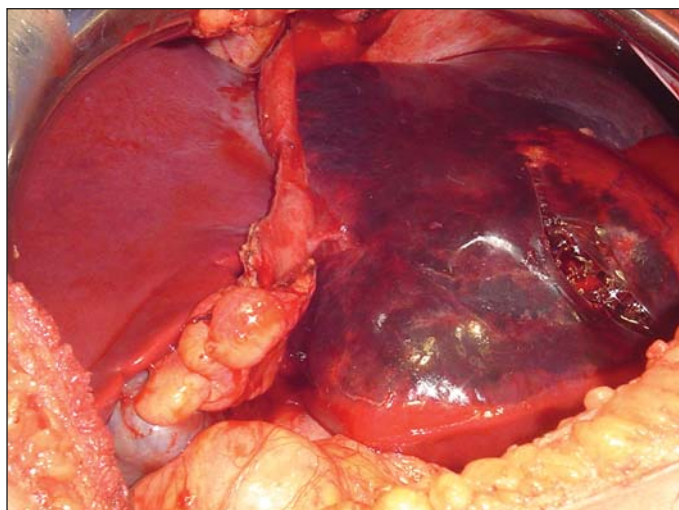


Figura 4

Figura 2. Tomografia computadorizada do abdome sem contraste, com presença de áreas hipo e hiperdensas acometendo o lobo hepático esquerdo. Notar a presença de líquido no espaço anterior (seta).

Figura 3. Tomografia computadorizada do abdome após contraste venoso evidenciando áreas hipo e hiperdensas acometendo o lobo hepático esquerdo, sem realce pelo meio de contraste, compatível com hematoma agudo.

Figura 4. Laparotomia exploradora mostra ruptura capsular no lobo hepático esquerdo e tumor avermelhado acometendo todo este lobo.

A paciente foi submetida a laparotomia exploradora, que demonstrou volumoso tumor avermelhado preenchendo a quase totalidade do lobo hepático esquerdo (Figura 4).

O diagnóstico histopatológico foi de hemangioma cavernoso roto envolto por tecido hepático com hematomas recentes.

DISCUSSÃO

A hemorragia hepática espontânea é uma condição pouco comum e, na ausência de trauma ou terapia anticoagulante, frequentemente ocorre em consequência da doença hepática subjacente⁽¹⁾. As causas não traumáticas mais comuns são o carcinoma hepatocelular e o adenoma hepático, podendo também ocorrer em portadores de

hiperplasia nodular focal, hemangioma, angiossarcoma e metástases⁽¹⁻³⁾.

O hemangioma cavernoso é o tumor hepático benigno mais comum^(4,5), com maior prevalência no sexo feminino. Em geral são únicos, menores que 5 cm e não causam sintomas⁽⁶⁾.

Há poucos casos relatados na literatura de hemorragia e ruptura espontânea dessas lesões⁽³⁾. Os hemangiomas gigantes acima de 10 cm são os mais propensos à ruptura, principalmente quando associados a trauma ou durante o período de gestação^(3,7).

À US, essas lesões têm aspecto inespecífico, com grandes dimensões, ecotextura heterogênea e limites mal definidos⁽⁶⁾. A ressonância magnética (RM) é o método mais sensível na detecção de sangramento abdominal agudo⁽⁵⁾. Porém, a TC é mais

utilizada para este propósito, em virtude do menor tempo de exame, menor custo e maior disponibilidade, quando comparada à RM⁽²⁾. O sangue não coagulado nas primeiras 48 horas mostra alta densidade (30–45 UH), devido ao alto conteúdo proteico. Estes valores podem sofrer alteração, de acordo com o hematócrito do paciente e o tempo de evolução do sangramento⁽³⁾.

No paciente portador de hemangioma hepático, o diagnóstico por imagem de hemorragia lesional é sugerido se houver lesão de grandes dimensões (> 10 cm), aumento da ecogenicidade à US, aumento dos valores de atenuação à TC ou áreas de hipersinal nas sequências ponderadas em T1 à RM⁽¹⁾. Estes achados podem estar associados com hematoma subcapsular ou hemoperitônio⁽⁴⁾.

CONCLUSÃO

O diagnóstico de hemorragia hepática não traumática deve ser sempre suspeitado no paciente com dor abdominal súbita, principalmente se houver relato de uso de anticoagulantes ou lesão hepática preexistente. Apesar de raros, os hemangiomas hepáticos rotos constituem emergência cirúrgica, com altas taxas de mortalidade. A TC é técnica adequada na avaliação hepática, em virtude da rápida aquisição de imagens e possibilidade de estudo dinâmico⁽⁸⁾.

REFERÊNCIAS

1. Casillas VJ, Amendola MA, Gascue A, et al. Imaging of nontraumatic hemorrhagic hepatic lesions. *Radiographics*. 2000;20:367–78.
2. Lubner M, Menias C, Rucker C, et al. Blood in the belly: CT findings of hemoperitoneum. *Radiographics*. 2007;27:109–25.
3. Hanbidge AE, Buckler PM, O'Malley ME, et al. Imaging evaluation for acute pain in the right upper quadrant. *Radiographics*. 2004;24:1117–35.
4. Vilgrain V, Boulos L, Vullierme MP, et al. Imaging of atypical hemangiomas of the liver with pathologic correlation. *Radiographics*. 2000;20:379–97.
5. D'Ippolito G, Appezzato LF, Ribeiro ACR, et al. Apresentações incomuns do hemangioma hepático: ensaio iconográfico. *Radiol Bras*. 2006;39:219–25.
6. Machado MM, Rosa ACF, Lemes MS, et al. Hemangiomas hepáticos: aspectos ultra-sonográficos e clínicos. *Radiol Bras*. 2006;39:441–6.
7. Coumbaras M, Wendum D, Monnier-Cholley L, et al. CT and MR imaging features of pathologically proven atypical giant hemangiomas of the liver. *AJR Am J Roentgenol*. 2002;179:1457–63.
8. Pereira IMR, Álvares BR, Baracat J, et al. Estudo de 50 casos por tomografia computadorizada de lesões hipodensas hepáticas fundamentais na infância. *Radiol Bras*. 2006;39:103–6.