

Diagnóstico prenatal y seguimiento radiológico de dos casos de hemangioma hepático congénito de involución rápida: hallazgos por imagen y evolución

Prenatal diagnosis and radiological follow-up of two cases of rapidly involuting congenital hepatic hemangioma: imaging findings and course

Alejandro Díaz-Moreno^{1,2*} , Manuel Recio-Rodríguez¹ , Mónica Alloza-Planet¹ ,
Julia López-Alcolea¹ , David García-Castellanos¹ , Alejandra Aguado-del Hoyo³ ,
María Sánchez-Pérez³ , Ángel M. Lancharro-Zapata³ , Mariano del Valle-Diéguez³ ,
Vicente Martínez de Vega-Fernández¹ 

¹Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario QuirónSalud Madrid; ²Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario 12 de Octubre;

³Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, España

Estimados Editores:

Los hemangiomas hepáticos congénitos son tumores vasculares poco frecuentes que suelen manifestarse en la infancia con distintos patrones de involución¹. Una de sus variantes, el hemangioma congénito de involución rápida (RICH, *rapidly involuting congenital haemangioma*), se caracteriza por una regresión espontánea durante los primeros meses de vida. Aunque con frecuencia son asintomáticos, pueden asociarse con complicaciones, como trombocitopenia, coagulopatía², insuficiencia cardíaca de alto gasto o, raras veces, insuficiencia hepática¹. Las imágenes prenatales y neonatales, principalmente con resonancia magnética (RM) fetal y ecografía, son fundamentales tanto para el diagnóstico como para el seguimiento de estas lesiones³. A continuación, presentamos dos casos de RICH hepático diagnosticados mediante RM fetal y con seguimiento por imagen hasta su resolución.

Primer caso

Un feto de 25 semanas y 1 día fue derivado por sospecha de hepatomegalia. La ecografía no identificó

lesiones hepáticas, pero la RM fetal reveló una gran masa en los segmentos II y III del lóbulo hepático izquierdo, hiperintensa en T2, con vasos intralesionales y desplazamiento del estómago y del bazo. La lesión era hipointensa en T1 respecto al parénquima hepático y la difusión evidenció un valor de ADC alto ($2,1 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$). La RM fetal a las 30 semanas confirmó un leve crecimiento de la lesión, con volumen estimado de 73,3 ml, frente a 66,5 ml del parénquima hepático (Fig. 1).

Tras un parto extrahospitalario, el recién nacido ingresó en la unidad de cuidados intensivos neonatales. En la exploración presentaba distensión abdominal, una masa palpable que cruzaba la línea media y un soplo continuo compatible con origen vascular. A los 3 días de vida, la ecografía con contraste confirmó el diagnóstico de hemangioma hepático congénito, con una masa predominantemente hiperecogénica, con estructuras anecoicas tubulares con flujo arterial y un área central heterogénea. La administración de contraste mostró realce nodular periférico irregular en fase arterial temprana, con progresión centripeta en fases arterial tardía y portal, y ausencia de realce central en

*Correspondencia:

Alejandro Díaz-Moreno
E-mail: adiazmrn@gmail.com

Fecha de recepción: 16-07-2025

Fecha de aceptación: 31-03-2026

DOI: 10.24875/RAR.25000082

Disponible en internet: 10-06-2026

Rev Argent Radiol. (Ahead of print)

www.revistarar.com

1852-9992 / © 2026 Sociedad Argentina de Radiología (SAR) y Federación Argentina de Asociaciones de Radiología, Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante (FAARDIT). Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

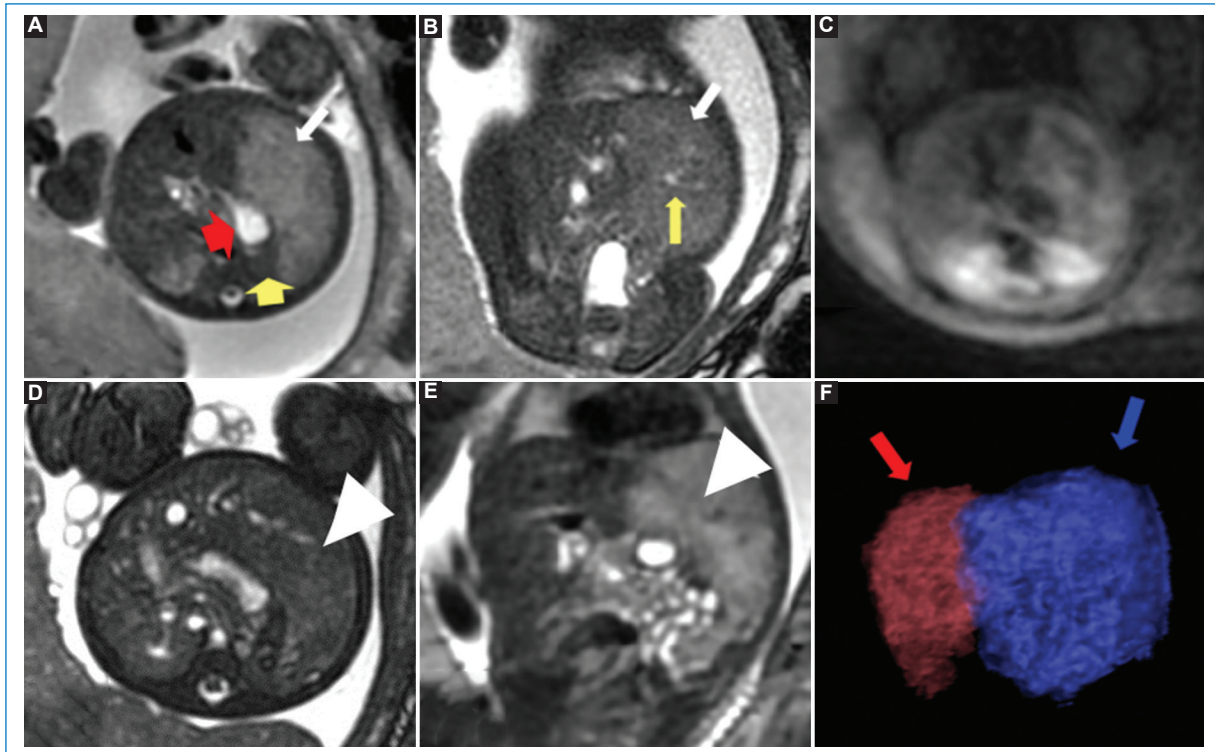


Figura 1. Hemangioma hepático congénito. Edad gestacional: 25 semanas y 1 día. Sospecha de hepatomegalia sin lesiones hepáticas visibles en la ecografía. **(A)** Corte axial SS FSE T2. **(B)** Corte coronal FIESTA. **(C)** Difusión. Masa que ocupa los segmentos II y III del lóbulo hepático izquierdo, hiperintensa en T2 (flechas blancas) con vasos intralesionales (flecha amarilla en B). Desplaza posteriormente al estómago (flecha roja corta) y al bazo (flecha amarilla corta). En el estudio de difusión presenta valores ADC elevados ($2,1 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$). Seguimiento a las 30 semanas de edad gestacional con corte axial FIESTA **(D)**, SS FSE T2 **(E)** y reconstrucción 3D VR **(F)**. La lesión ha aumentado levemente de tamaño (puntas de flecha blancas), con un volumen de 73,317 ml (flecha azul), en comparación con el parénquima hepático, cuyo volumen es de 66,471 ml (flecha roja).

fase de equilibrio. Este patrón es característico de los hemangiomas congénitos (Fig. 2).

A los 6 días, la RM hepática confirmó una lesión de $5,3 \times 6,6 \times 8,8 \text{ cm}$ en los segmentos II-III del lóbulo hepático izquierdo, con efecto de masa sobre el estómago, el bazo y las asas intestinales. Presentaba señal heterogénea en T2, hipointensidad en T1 y realce nodular periférico y centrípeto. Se identificaron áreas sugestivas de trombosis, necrosis o fibrosis, y una región periférica hiperintensa en T2, compatible con sangrado, sin realce tardío. Se evidenció aporte arterial desde la arteria hepática izquierda y drenaje venoso por una vena hepática izquierda dilatada, sugestivo de cortocircuitos arteriovenosos intralesionales (Fig. 3).

A los 16 meses, la ecografía mostró la regresión completa de la lesión (Fig. 2), confirmándose por RM a los 2 años y 4 meses, siendo la lesión indetectable.

Segundo caso

Un feto de 29 semanas y 6 días fue derivado por sospecha de fístulas arteriovenosas hepáticas y cortocircuito portosistémico. La RM fetal reveló hepatomegalia, con afectación predominante del lóbulo hepático izquierdo, dilatación de la vena porta izquierda (6,1 mm) y una lesión hiperintensa en T2 de $25,5 \times 25,5 \times 17,9 \text{ mm}$. Presentaba vasos anómalos que drenaban en una vena hepática izquierda dilatada. Los valores de ADC fueron elevados ($1,54\text{-}1,69 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$), todo ello compatible con cortocircuito portosistémico asociado a un hemangioma congénito (Fig. 4). Las biometrías fetales indicaron restricción del crecimiento intrauterino tipo 1.

El paciente nació a las 34 semanas e ingresó en la unidad de cuidados intensivos neonatales. A las 24 horas, la ecografía (Fig. 4 G) mostró hepatomegalia

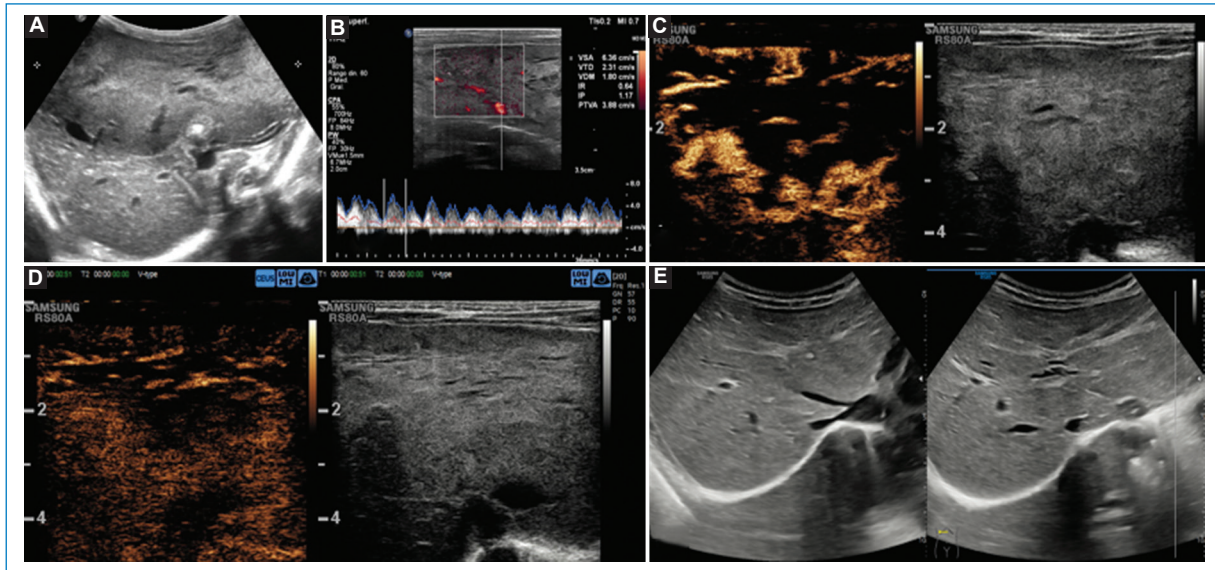


Figura 2. Ecografía realizada a los 3 días de vida. (A) Se observa una masa hepática que ocupa la totalidad del lóbulo hepático izquierdo. (B) La masa presenta bordes geográficos y aspecto heterogéneo, aunque predominantemente hiperecogénico en comparación con el lóbulo hepático izquierdo. En su interior se identifican estructuras tubulares y serpiginosas anecoicas con flujo arterial, así como una zona central heterogénea con apariencia radial e irregular (C y D). Tras la administración de contraste, las imágenes a los 7 segundos (fase arterial temprana) y a los 51 segundos (fase de equilibrio) muestran realce nodular periférico irregular con progresión centrípeta del contraste en la fase arterial tardía, persistiendo la ausencia de realce central en la fase de equilibrio. (E) Ecografía con contraste a los 16 meses de edad que evidencia la regresión completa de la lesión hepática.

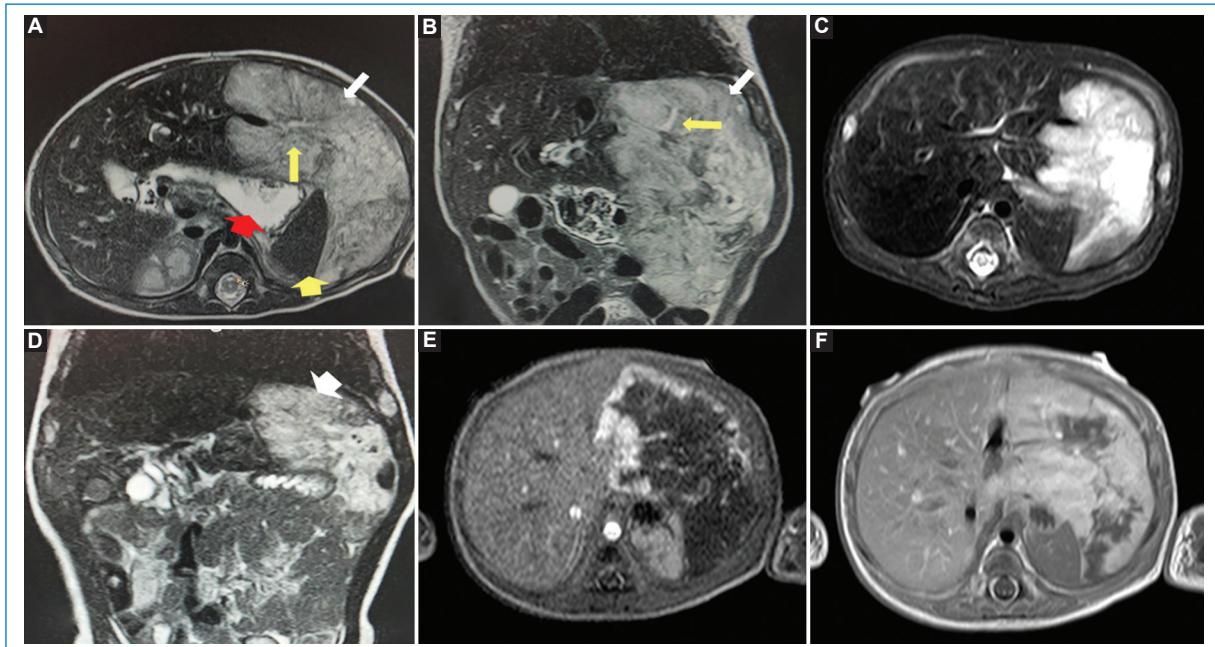


Figura 3. RICH. RM a los 6 días de vida: corte axial SE T2 (A) y corte coronal SE T2 (B). Masa que ocupa los segmentos II y III del lóbulo hepático izquierdo, hiperintensa en T2 (flechas blancas), con vasos en su interior (flechas amarillas). Desplaza posteriormente al estómago (punta de flecha roja) y al bazo (punta de flecha amarilla). RM posnatal al mes de vida: corte axial SE T2 (C) y corte coronal SE T2 (D). En el estudio dinámico con T1 TSE tras la administración de contraste (E y F) se observa una marcada disminución del tamaño del hemangioma (flecha corta blanca en D). La lesión muestra una señal heterogénea, hiperintensa en T2 e hipointensa en T1, con realce nodular periférico en la fase arterial y llenado centrípeta en las fases portal y tardía. Las áreas centrales hipointensas e irregulares sugieren trombosis, necrosis o fibrosis, mientras que una zona periférica hiperintensa en T1 probablemente indica hemorragia.

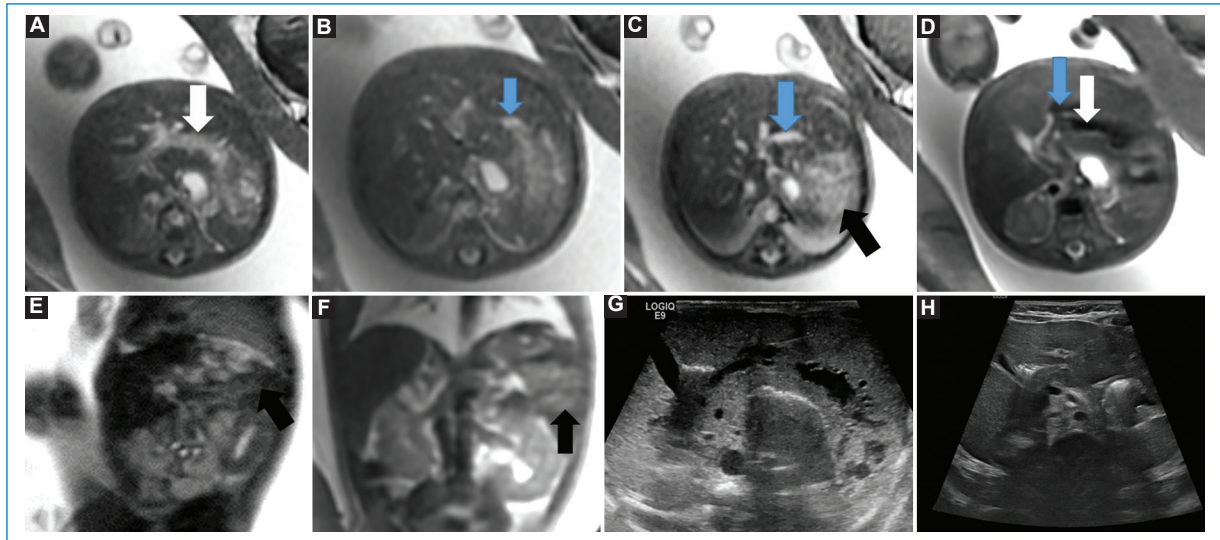


Figura 4. RM realizada a las 29 semanas y 6 días de edad gestacional. Sospecha de cortocircuito portosistémico y fístulas arteriovenosas hepáticas. **(A-C)** Cortes axiales FIESTA. **(D)** Corte axial SS FSE T2. **(E)** Corte sagital SS FSE. **(F)** Corte coronal SS FSE T2. La RM fetal mostró hepatomegalia, con dilatación de la vena porta intrahepática, especialmente de la rama portal izquierda (flecha blanca), y una lesión en el parénquima hepático, hiperintensa en T2 (flecha negra), sugestiva de hemangioma. También se identificaron pequeños vasos anómalos que drenaban en la vena hepática izquierda (flechas azules), lo que sugiere un cortocircuito portosistémico desde la rama portal izquierda hacia la vena hepática izquierda. **(G)** Ecografía al día de vida en la que se observan hepatomegalia y una malformación vascular con vasos arteriales y venosos, así como un nódulo hiperecogénico compatible con hemangioma. **(H)** Ecografía a los 5 meses de vida que muestra la resolución de las malformaciones vasculares y la involución completa del hemangioma.

con extensión del lóbulo hepático izquierdo hacia el hipocondrio izquierdo, desplazando al bazo. Se observó una malformación vascular de 4 cm con vasos arteriales y venosos, y un nódulo hiperecogénico de 2 cm compatible con hemangioma. Los hallazgos sugerían un cortocircuito portosistémico.

El seguimiento ecográfico al mes de vida mostró una marcada mejoría, con cierre del cortocircuito y reducción del tamaño del hemangioma. Con 5 meses, el hígado presentaba ecogenicidad homogénea, sin malformaciones vasculares ni lesiones focales (Fig. 4 H).

Discusión

Los RICH son tumores vasculares benignos poco frecuentes en la infancia. Suelen presentarse como lesiones solitarias, negativas para GLUT-1, y tienden a involucionar espontáneamente a los 12-14 meses de vida⁴. El manejo es habitualmente expectante, basado en el seguimiento clínico y por imágenes⁵.

A diferencia de los hemangiomas infantiles multifocales GLUT-1 positivos, que no involucionan y pueden

requerir tratamiento con corticoides o propranolol⁶, los RICH no han demostrado buena respuesta a los fármacos. Las imágenes prenatales y neonatales, especialmente la RM fetal y la ecografía, son esenciales para el diagnóstico y el seguimiento, permitiendo monitorizar su evolución y diferenciarlos de otras afecciones hepáticas neonatales como los hamartomas mesenquimatosos⁵ (predominantemente quísticos) y los hepatoblastomas⁷ (con señal heterogénea y áreas de necrosis o hemorragia).

Los hallazgos en estos dos casos ilustran la utilidad de las técnicas de imagen en el diagnóstico diferencial, el seguimiento y la detección de complicaciones asociadas a esta infrecuente condición.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable, de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki. Los procedimientos fueron autorizados por el Comité de Ética de la institución.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de su institución para acceder a los datos de las historias clínicas. Se ha obtenido el consentimiento informado de los padres de los pacientes y se cuenta con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no se utilizó ningún tipo de

inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Ramdani H, Haddad SE, Allali N, Chat L. Symptomatic congenital hemangiomas in a neonate: imaging of a life-threatening presentation with multifocal liver involvement. *Radiol Case Rep.* 2022;17:3126-31.
2. Lewis D, Hachey K, Fitzgerald S, Vaidya R. Rapidly involuting congenital haemangioma of the liver. *BMJ Case Rep.* 2018;bcr2018224337.
3. Esposito F, D'Auria D, Ferrara D, Esposito P, Gaglione G, Zeccolini M, et al. Hepatic hemangiomas in childhood: the spectrum of radiologic findings. A pictorial essay. *J Ultrasound.* 2023;26:261-76.
4. Rutten C, Ladarre D, Ackermann O, Coulomb-L'Hermine A, Jacquemin E, Gonzales E, et al. Spontaneous evolution patterns of focal congenital hepatic hemangiomas: a case series of 25 patients. *Pediatr Radiol.* 2022;52:1048-60.
5. Halevy D, Sayed BA, Shaikh F, Siddiqui I, Chavhan GB. Can dynamic contrast-enhanced MRI be used to differentiate hepatic hemangioma from other lesions in early infancy? *Indian J Radiol Imaging.* 2024;34:612-9.
6. Román Denia P, López Liñán MJ, Guevara Caviedes LN, Quilis Esquerre J, Sánchez Garre MC, Campos Martorell A, et al. Hemangiomatosis hepática de inicio neonatal. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2024;26:173-6.
7. Berrada K, El Ouali I, El Harass Y, Belkouchi L, Allali N, Chat L, et al. Abdominal pain and distension in a 4-years-old child revealing an hepatoblastoma. *Radiol Case Rep.* 2024;19:5804-8.