

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA DE GASTROENTEROLOGIA

TÚLIO RIGUETTI PRAZERES

PELIOSE HEPÁTICA: RELATO DE CASO

VITÓRIA
2022

TÚLIO RIGUETTI PRAZERES

PELIOSE HEPÁTICA: RELATO DE CASO

Monografia apresentada ao Programa de Residência Médica de Gastroenterologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para conclusão do programa de residência médica.

Orientadora: Prof. Dra. Maria da Penha Zago
Gomes

VITÓRIA
2022

FOLHA DE APROVAÇÃO

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém
ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”*

Arthur Schopenhauer

RESUMO

Peliose hepática é uma patologia de origem vascular, rara, caracterizada por formações císticas preenchidas por sangue, alocadas aleatoriamente no parênquima do fígado. Na maioria das vezes são assintomáticos e diagnosticados por exames de imagem acidentais ou identificados em necropsia. A etiologia pode estar associada a neoplasias, imunossupressão pós-transplantes, infecções ou medicamentos. O objetivo deste trabalho é descrever um caso de uma paciente do sexo feminino de 42 anos que apresentou ao exame físico, em consulta de rotina por sintomas dispépticos, hepatomegalia de grande monta. Ao exame, apresentava fígado palpável na fossa ilíaca direita, a cerca de 25 cm do rebordo costal. Única medicação em uso era contraceptivo oral. A bioquímica evidenciou Hb 9 g/dL (VR 12–16 g/dL), VCM 68 fL (VR 80–100 fL), HCM 20 pg (VR 27–32 g/dL), ferro sérico 26 µg/dL (VR 60–140 µg/dL), ferritina 5 ng/mL (VR 10–150 µg/dL), TIBC 602 µg/dL (VR 250–360 µg/dL), ALT: 18 U/L (VR:7–35 U/L), AST 12 U/L (VR:13–35 U/L), GGT 184 U/L (VR 8–41 U/L) e FA 882 U/L (VR 35–104 U/L). A albumina e provas de coagulação estavam dentro dos níveis da normalidade. Os exames de imagem confirmaram hepatomegalia com inúmeros nódulos hipervasculares. Foi realizada biópsia hepática guiada por ultrassonografia, cuja histologia confirmou peliose hepática. Realizou acompanhamento ambulatorial com suspensão do contraceptivo hormonal, obtendo regressão parcial da hepatomegalia e resolução da anemia por deficiência de ferro. A história natural da peliose hepática é pouco conhecida, logo, este relato é de grande importância, por ser uma descrição rara na literatura de uma paciente com peliose hepática, que após investigação e seguimento, mostrou-se estar relacionada ao uso de contraceptivo hormonal. Dessa forma, podemos delimitar de forma mais precisa a apresentação e evolução desta doença.

Palavras chaves: Peliose hepática; Hepatopatia; Hepatomegalia; Contraceptivos orais; Lesão hepática induzida por medicamentos;

ABSTRACT

Peliosis hepatitis is an uncommon pathology of vascular origin, defined as a cystic formation filled with blood, randomly allocated in the liver parenchyma. In most cases, patients are asymptomatic and diagnosed by accidental imaging or identified at necropsy. The goal of this study is to describe a case of a 42-year-old female patient who underwent physical examination, in a routine consultation for dyspeptic symptoms, major hepatomegaly. On examination, he had a palpable liver 25 cm from the right costal margin. Laboratory tests showed hemoglobin 9 g/dL (reference value (RV) 12-16 g/dL), mean corpuscular volume 68 fL (RV 80-100 fL), mean corpuscular hemoglobin 20 pg (RV 27-32 g/dL), serum iron 26 ug/dL (RV 60 - 140 ug/dL), ferritin 5 ng/mL (RV 10-150 ug/dL), total iron binding capacity 602 ug/dL (RV 250-360 ug/dL), alanine aminotransferase: 18 U/L (RV 7-35 U/L), aspartate aminotransferase 12 U/L (RV 13-35 U/L), gamma glutamyl transferase 184 U/L (RV 8-41 U/L) and alkaline phosphatase 882 U/L (RV 35-104 U/L). Albumin and coagulation tests were within normal levels. Imaging exams showed several nodules compatible with vascular origin. The definitive diagnosis was made through ultrasound-guided liver biopsy, whose histology confirmed peliosis hepatitis. She underwent outpatient monitoring with suspension of hormonal contraceptives, obtaining partial regression of hepatomegaly and resolution of iron deficiency anemia. The natural history of liver peliosis is not well known, therefore, this report is of great importance, as it is a rare description in the literature of a patient with hepatic peliosis, who, after investigation and follow-up, has been shown to be related to the use of hormonal contraceptives. In this way, we can define more precisely the presentation and evolution of this pathology.

Keywords: Peliosis hepatitis; Liver disease; Hepatomegaly. Contraceptives Oral, Chemical and Drug Induced Liver Injury.

LISTA DE SIGLAS

HB	HEMOGLOBINA
VR	VALOR DE REFERÊNCIA
VCM	VOLUME CORPUSCULAR MÉDIO
HCM	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MÉDIA
TIBC	TOTAL IRON BINDING CAPACITY
GGT	GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE
FA	FOSFATASE ALCALINA
AST	ASPARTATO AMINO TRANSFERASE
ALT	ALANINA AMINO TRANSFERASE
MCV	MEAN CORPUSCULAR VOLUME
MCH	MEAN CORPUSCULAR HEMOGLOBIN
RR	REFERENCE RANGE
AP	ALKALINE PHOSPHATASE
HIV	HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS
PH	PELIOSE HEPÁTICA

LISTA DE IMAGENS

IMAGENS 1	Tomografia de abdômen e pelve evidenciando hepatomegalia heterogênea com múltiplos nódulos hipervasculares e áreas esparsas captantes de contraste.	17
IMAGENS 2	Ressonância magnética de abdômen e pelve evidenciando hepatomegalia heterogênea (hipointensa em T1 e hiperintensa em T2). Captação centrífuga típica do meio de contraste nas lesões nodulares.	17
IMAGENS 3	Tomografia de abdômen e pelve no follow-up, após suspensão do anticoncepcional oral combinado, demonstrando redução importante da hepatomegalia.	18
FIGURA 3	Biópsia hepática corada por hematoxilina-eosina, demonstrando múltiplas cavidades preenchidas por sangue comunicantes aos sinusoides, confirmando diagnóstico de Peliose Hepática.	18

SUMÁRIO

1.	Introdução	11
2.	Justificativa	13
3.	Objetivo	14
4.	Material e método	15
5.	Artigo para publicação	16
6.	Discussão	19
7.	Conclusão	22
8.	Referências bibliográficas	23
9.	Anexo	26

1. INTRODUÇÃO

Peliose hepática foi descrita pela primeira vez em 1861 por E. Wagner, e nomeada apenas em 1961, por W. Schoenlack. O nome peliose é derivado da palavra “pelios”, que significa “avermelhado” ou “azulado”, característica típica adquirida pelos órgãos acometidos^{1,2}.

É uma doença benigna, caracterizada por múltiplas cavidades císticas repletas de sangue, distribuídas pelo parênquima hepático^{2,24}. A patogênese permanece incerta. Alguns autores sugerem que danos ao endotélio dos sinusóides, dilatação da veia centro lobular e necrose hepatocelular, podem estar relacionados a formação das cavidades. Em sua maioria, apresenta-se de forma assintomática, diagnosticada de forma incidental por exames de imagem. Apesar disso, formas graves são observadas nos casos de ruptura das cavidades e hemorragia intra-abdominal maciça^{1,2}.

Trata-se de uma condição rara, com cerca de 183 casos relatados na literatura mundial, e apenas um caso publicado em revista brasileira^{1,3-11}. Em cerca de 50% dos casos, não há fator de risco identificado. Entretanto, nota-se associação com drogas (corticoides, contraceptivos orais, esteroides anabolizantes, metotrexate, azatioprina, mercaptopurina), infecções (HIV, tuberculose, bartonelose) e, de forma menos comum, neoplasias (linfoma de Hodgkin)^{1,12,13}.

Apesar do diagnóstico definitivo ser realizado através de biópsia da lesão, podemos suspeitar de peliose hepática ao encontrarmos múltiplas lesões hipervasculares à tomografia de abdome. Na ressonância magnética as lesões são hiperintensas em T2 e hipointensas em T1, confirmando sangramento subagudo nas cavidades^{14,15}. Com estes achados, devemos fazer diagnóstico diferencial com outras condições como abscessos, hemangiomas hepáticos, doença policística, adenomas e implantes metastáticos^{7,16}.

Não há tratamento específico para peliose hepática e sua abordagem terapêutica varia de acordo com a etiologia. Nos casos relacionados a drogas, recomenda-se sua suspensão e follow-up com exames laboratoriais e de imagem^{1,12}. Em grande

parte dos pacientes, após suspensão do agente causador, costuma haver regressão dos sintomas, tamanho das lesões e melhora dos exames laboratoriais^{3,9,11}. Entretanto, alguns casos evoluem com hemorragia intra-abdominal, hipertensão portal, insuficiência hepática e óbito^{17,18}.

O presente artigo relata um caso de peliose hepática em uma paciente de 42 anos, sexo feminino, que apresentou ao exame físico, em consulta de rotina, hepatomegalia de grande monta. Ao exame físico, apresentava fígado palpável em fossa ilíaca direita, a 25 cm do rebordo costal direito, com consistência firme e superfície lisa. Os exames de imagem demonstraram múltiplas cavidades císticas no parênquima hepático e a histologia obtida por biópsia hepática confirmou peliose hepática. Por tratar-se de condição rara, de história natural pouco conhecida, é importante o relato em literatura médica para alertar os profissionais de saúde do quadro clínico, diagnóstico diferencial e padrão evolutivo da peliose hepática.

2. JUSTIFICATIVA

Devido à baixa prevalência da peliose hepática, poucos médicos já diagnosticaram esta patologia. Ao ser vivenciado um caso clínico, estudar a história natural e as condutas, se torna importante o registro do caso. Contribuir com a literatura com novos casos pode ser fator primordial para ampliação do conhecimento da doença, quadro clínico, abordagem diagnóstica, terapêutica e padrão evolutivo. Atualmente é imprescindível compartilhamento do conhecimento através de publicações e produções científicas, facilitando a abordagem diagnóstica e terapêutica de casos semelhantes. O caso relatado será encaminhado para publicação em revista indexada, dessa maneira esse trabalho já foi realizado no formato de caso clínico para a publicação.

3 OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de peliose hepática difusa em paciente sem sinais e sintomas de hepatopatia, atendido no ambulatório de Gastroenterologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) no ano de 2015, assim como apresentar uma revisão literária a respeito do tema.

4 MATERIAL E MÉTODO

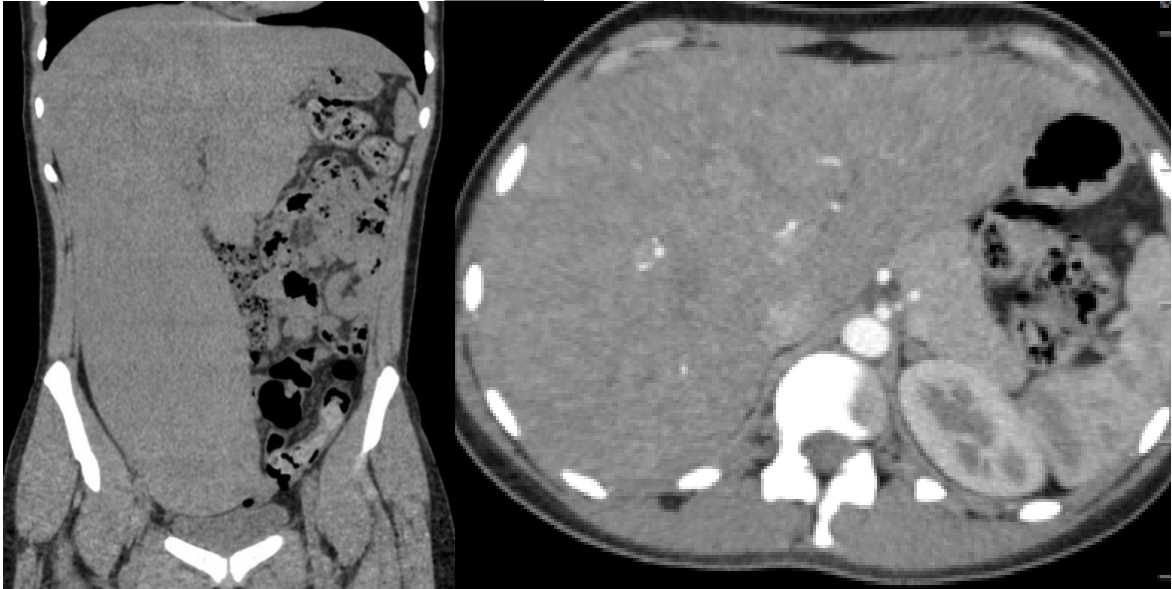
Trata-se de relato de caso realizado através da coleta de dados e revisão de prontuário. O projeto foi submetido ao comitê de ética XXXXXXXXXXXX o vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP e aprovada pela Plataforma Brasil (CAAE: XXXXXXXXXXXX).

O paciente foi informado do estudo, o qual concordou, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Foi realizada revisão bibliográfica a respeito do tema, utilizando como palavra-chave “peliosis hepatitis”, tendo como base de dados o PubMed, Scielo e MEDLINE.

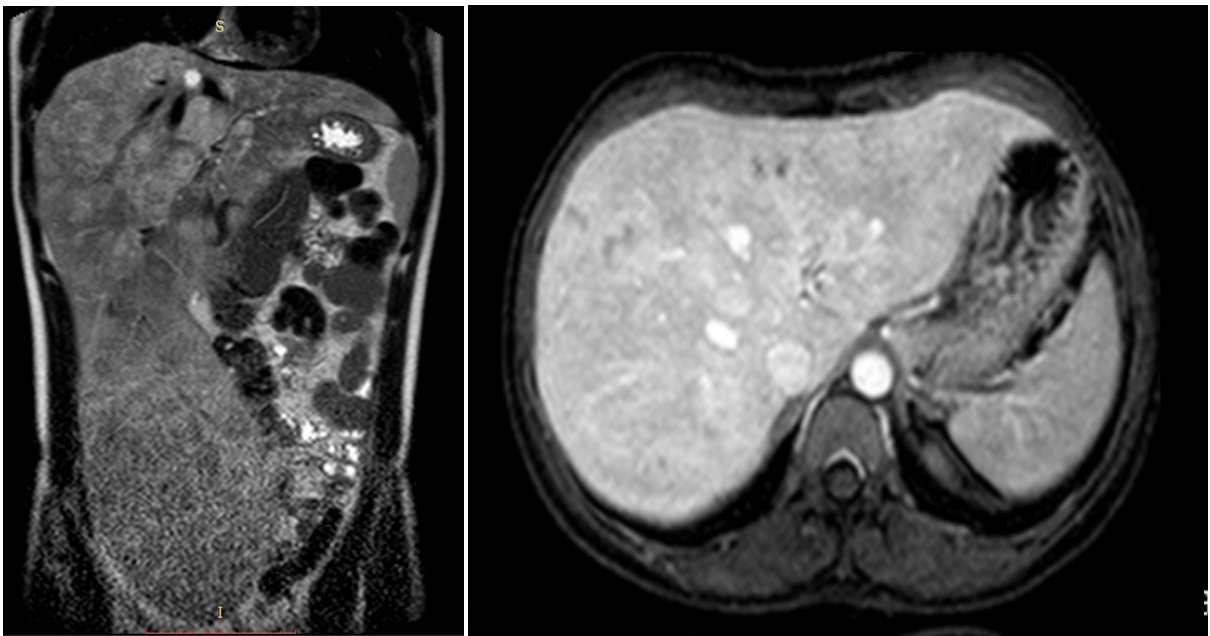
5 RELATO DO CASO

Feminina, 42 anos, branca, natural e residente em Vila Velha - Brasil, gerente comercial. Há 1 ano refere sintomas dispépticos e dor epigástrica. Nega comorbidades. Etilista (10-15 gramas/finais de semana) e tabagista social (carga tabágica de 13 maços/ano), nega o consumo de drogas ilícitas. Uso anticoncepcionais orais combinados (estrogênio+progesterona) e omeprazol. Não havia história familiar ou pessoal de neoplasias. Ectoscopia evidenciando membranas mucosas hipocoradas. Ao exame físico, fígado palpável a 25 cm do rebordo costal direito, indolor, superfície lisa, consistência firme e bordas rombas. Anemia hipocrômica e microcítica, com característica de deficiência de ferro, leucocitose (17.600 células / mm³ (VR 5.000-11.000 células / mm³) e trombocitose (590.000 plaquetas / µL (VR 150.000-400.000). Elevação de enzimas canaliculares (GGT 184 U / L (VR 8-41 U / L), FA 882 U / L (VR 35-104 U / L), ALT 18 U / L (VR 7-35 U / L), AST 12 U / L (VR 13-35 U / L), albumina e testes de coagulação normais. Sorologias para HIV, VDRL, HBsAg, Anti-HBs e anti-HBc não reativas. Ultrassonografia abdominal com fígado aumentado, estendendo-se para a fossa ilíaca direita, com ecotextura parenquimatosa heterogênea difusa e nódulos hiperecogênicos. Tomografia de abdome e pelve com hepatomegalia heterogênea e múltiplos nódulos hepáticos hipervasculares esparsos, com rim direito não visualizado (imagem 1). Ressonância nuclear magnética de abdome e pelve confirmando hepatomegalia heterogênea com nódulos hipointensos em T1, hiperintensos em T2 e com captação centrífuga de meio de contraste (imagens 2). Endoscopia digestiva alta com presença de erosões em antro gástrico. Colonoscopia com pequenos pólipos adenomatosos com atipia de baixo grau. Biópsia hepática guiada por ultrassom com histologia evidenciando múltiplas cavidades repletas de sangue comunicando-se com os sinusóides, confirmando o diagnóstico de peliose hepática (figura 1). O uso de anticoncepcionais hormonais combinados foi suspenso, considerado o fator de desenvolvimento da peliose hepática. Foi feita a reposição de ferro e controle da menometrorragia com correção da anemia. No seguimento de 4 anos, a paciente evoluiu com melhora dos sintomas dispépticos e redução significativa da hepatomegalia evidenciadas na TC de abdomen (imagens 3). As enzimas canaliculares permaneceram elevadas (FA 1026 U / L (VR 35-104 U / L), GGT 254 U / L (VR 8-41 U / L)) e os nódulos hepáticos hipervasculares com

dimensões semelhantes. Paciente mantém acompanhamento regular no serviço de Gastroenterologia sem piora da hepatomegalia nos exames de controle.



IMAGENS 1: TC de abdome e pelve: hepatomegalia heterogênea com múltiplos nódulos hipervasculares e áreas esparsas captantes de contraste.



IMAGENS 2: RM de abdome e pelve: hepatomegalia heterogênea (hipointensa em T1 e hiperintensa em T2). Captação centrífuga típica do meio de contraste nas lesões nodulares.

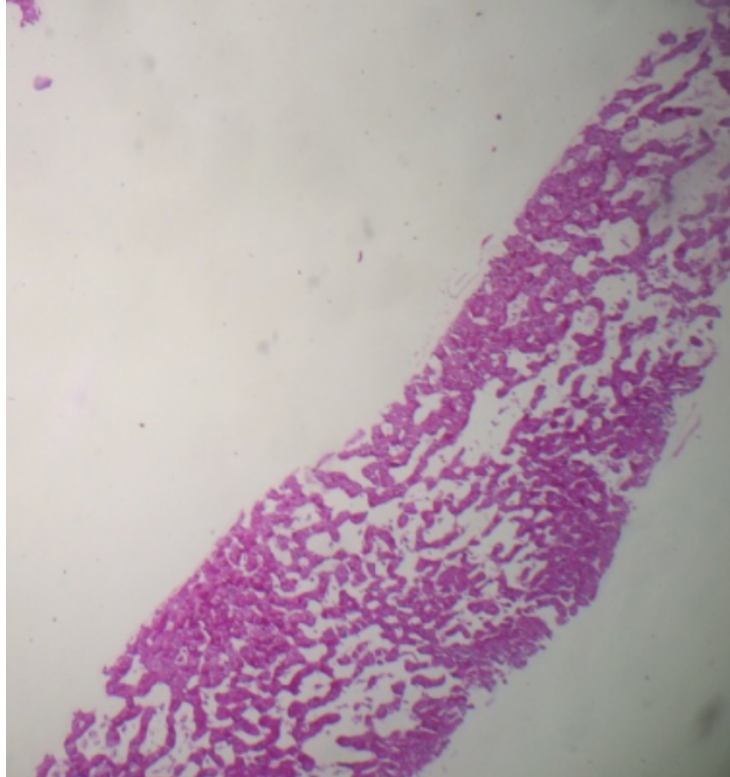
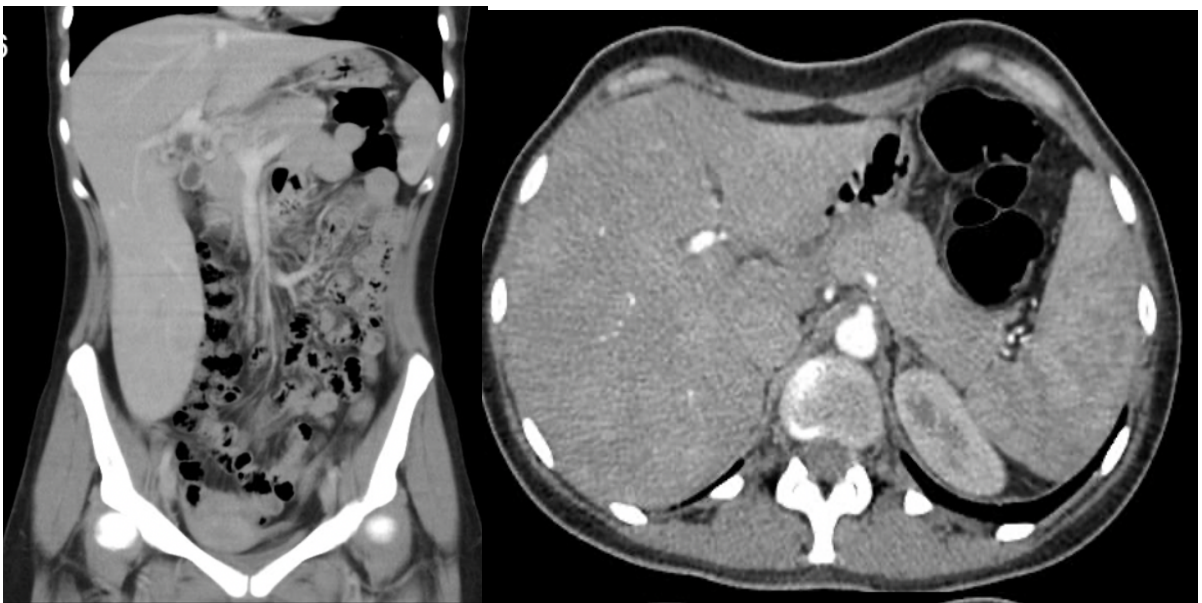


FIGURA 1: Biópsia hepática corada por hematoxilina-eosina, demonstrando múltiplas cavidades preenchidas por sangue comunicantes aos sinusóides.



IMAGENS 3: TC de abdome e pelve após 4 meses de suspensão do anticoncepcional oral combinado: redução importante da hepatomegalia.

6 DISCUSSÃO

A peliose hepática é uma doença benigna, caracterizada pela presença de cavidades preenchidas por sangue distribuídas pelo parênquima hepático. Apesar do fígado ser o órgão mais comumente afetado, baço, rins, pulmões, glândulas suprarrenais e medula óssea, eventualmente podem ser acometidos^{3,4}.

E. Wagner em 1861 descreveu as características histológicas desta patologia e W. Schoenlack em 1916, atribui o nome de peliose. O nome “pelios”, do grego, significa “avermelhado” ou “azulado”, tonalidade encontrada no órgão acometido^{1,2}. A peliose hepática permanece até os dias atuais como uma condição pouco conhecida, tendo menos de 190 casos relatados na literatura mundial e apenas um relato publicado na literatura nacional. É mais prevalente em adultos, tendo média de idade de 39 anos. Sua incidência entre os sexos é semelhante. Cerca de 20 a 50% dos pacientes não apresentam nenhum do fator de risco conhecido^{1,3-11}. O comprometimento de crianças, geralmente está associado à miopatia miotubular¹⁹⁻²².

Fatores patogênicos relacionados incluem: drogas, infecções e malignidades. Glicocorticoides, esteroides anabolizantes, contraceptivos orais, tamoxifeno, azatioprina, metotrexato, cloreto de vinila e vitamina A estão entre as medicações mais frequentemente associadas^{12,13,23,24}. Dentre as causas infecciosas, são relatadas: HIV, tuberculose, *Staphylococcus aureus* e *Bartonella henselae*¹⁹⁻²¹. Quando associada ao agente etiológico *Bartonella henselae*, é denominada peliose hepática bacilar e costuma ter relação com HIV²². Associações menos comuns incluem, linfoma de Hodgkin, miopatia miotubular ligada ao X, gamopatias monoclonais, anemia de Fanconi e outras malignidades^{15,23,24}.

A apresentação clínica é muito variável, sendo assintomática em inúmeros casos. Os principais sinais e sintomas relatados são: dor abdominal, epigastralgia, icterícia secundária a colestase, hepatomegalia, hipertensão portal, insuficiência hepática e hemorragia intraperitoneal^{14,17,24}. Na ocorrência de ruptura das cavidades císticas, hemorragia intraperitoneal ou intra-hepática, podem ser significativas, evoluindo para choque hipovolêmico e óbito. O choque é descrito como a primeira manifestação

clínica em diversos pacientes^{6,25}. Na peliose bacilar, há associação com acometimento dermatológico, marcado pela angiomatose cutânea²². Quando relacionado ao uso de drogas, especialmente os contraceptivos orais, a suspensão da medicação pode gerar regressão ou até mesmo remissão completa das lesões^{6,7,10,11}.

Alterações na bioquímica hepática e hipoalbuminemia são raras. Os exames de imagem não permitem diagnóstico definitivo¹⁴, e variam de acordo com a extensão, tamanho das cavidades císticas e a presença de complicações como trombos ou hemorragias. Formas microscópicas tendem a não apresentar achados. Quanto às macroscópicas, são difíceis de diferenciar de outras condições, podendo mimetizar múltiplos abscessos, hemangiomatose, adenomas e lesões metastáticas²⁶⁻²⁸. Os achados observados na tomografia computadorizada (TC) sem contraste, são caracterizados por lesões de hipodensas, quando comparadas ao parênquima hepático normal. Na fase contrastada, a imagem tende a continuar hipodensa, entretanto, torna-se isodensas em fases mais tardias³¹. Na ressonância magnética (RM), é caracterizada como lesão hiperintensa nas imagens ponderadas em T2, com múltiplos focos de alto sinal, devido a presença de áreas com necrose hemorrágica²⁹. Nas imagens ponderadas em T1, as lesões são tipicamente hipointensas, como consequência do sangramento subagudo. Entretanto, padrões iso e hiperintensos também podem ser observados^{1,27}.

O diagnóstico definitivo é feito através da biópsia hepática^{14,27}. Visto a natureza invasiva do procedimento e os riscos inerentes, a biópsia é recomendada apenas em situações que os exames de imagem sugerem malignidade ou dúvida diagnóstica¹⁸. A biópsia guiada por exames radiológicos, está relacionada a menores taxas de complicações, sendo o sangramento o mais temido^{1,30}. Histologicamente, caracteriza-se pela presença de cavidades circulares preenchidas por conteúdo hemático, de tamanhos variados, distribuídas aleatoriamente pelo parênquima hepático e comunicantes com os sinusóides²⁴.

No caso relatado, após identificação de hepatomegalia ao exame físico, prosseguimos investigação com exames laboratoriais que evidenciaram anemia hipocrômica e microcítica, de característica ferropênica, relacionada a

menometrorragia. A bioquímica hepática demonstrou elevação apenas de enzimas canaliculares. Albumina e coagulograma estavam normais e as sorologias para hepatites virais e HIV, foram negativas. Ultrassonografia de abdome revelou fígado de dimensões aumentadas, estendendo-se até fossa ilíaca direita, com ecotextura parenquimatosa difusamente heterogênea. A endoscopia digestiva alta identificou esôfago normal. TC de abdome evidenciou hepatomegalia heterogênea com múltiplos nódulos hipervasculares esparsos (imagens 1). RM de abdômen confirmando hepatomegalia heterogênea, destacando nódulos hipointensos em T1 e hiperintensos em T2 e captação centrífuga do meio de contraste (imagens 2). Após exames de imagens, a biópsia hepática guiada por ultrassonografia foi realizada. A histologia demonstrou múltiplas cavidades preenchidas por sangue comunicantes aos sinusóides, confirmando o diagnóstico de peliose hepática (figura 1). Foi suspenso o uso do contraceptivo oral, considerado como fator de desenvolvimento da peliose. Realizada reposição de ferro e controle da menometrorragia com correção da anemia. Durante follow-up de 4 anos a paciente evoluiu com melhora dos sintomas dispépticos e redução significativa da hepatomegalia evidenciada na TC de abdomen (imagens 3). As enzimas canaliculares permaneceram elevadas (FA 1026 U/L (VR 35-104 U/L), GGT 254 U/L (VR 8-41 U/L)) e os nódulos hepáticos hipervasculares se mantiveram com dimensões semelhantes, porém, não foram observadas piora da função hepática ou progressão da hepatomegalia.

Conforme relatado, observamos relação direta do uso de contraceptivo oral com o desenvolvimento da peliose hepática. Além disso, evidenciamos que com a suspensão da medicação ocorreu redução significativa da hepatomegalia.

7 CONCLUSÃO

O caso relatado trata-se de uma doença benigna, rara, com história natural pouco esclarecida pela literatura médica. Não há tratamento específico, com exceção da antibioticoterapia na peliose hepática bacilar. Descrevemos um caso de uma paciente do sexo feminino, que se apresentou inicialmente com sintomas dispépticos. Frente ao achado de hepatomegalia ao exame físico, foi solicitado ultrassonografia de abdome, a qual demonstrou hepatomegalia volumosa e múltiplos nódulos hipervasculares difusos pelo parênquima hepático. O diagnóstico foi confirmado através de biópsia hepática guiada por imagem. Identificamos como único fator de risco para manifestação da doença, o uso de contraceptivo hormonal combinado. Após a suspensão, foi feito seguimento periódico com ecografia abdominal e exames laboratoriais semestrais. Durante follow-up de 4 anos, a paciente evoluiu com melhora dos sintomas dispépticos e redução da hepatomegalia. Não houve piora da função hepática. Destacamos que apesar de poucos relatos na literatura, a peliose hepática pode estar relacionada a medicações, neste caso contraceptivo hormonal combinado, e apresentar desfecho favorável com suspensão da droga.

8 REFERÊNCIAS

1. Crocetti, D. *et al.* Peliosis hepatitis: Personal experience and literature review. *World J. Gastroenterol.* **21**, 13188–13194 (2015).
2. Cimbanassi, S. *et al.* Spontaneous hepatic rupture during pregnancy in a patient with peliosis hepatitis. *Ann. Hepatol.* **14**, 553–558 (2015).
3. Cordeiro, R. A., Hoff, L. S., Garcia, M. V. F., Filho, H. M. L. & Borba, E. F. Peliosis hepatitis and systemic lupus erythematosus: A rare condition identified by magnetic resonance imaging. *Rev. Assoc. Med. Bras.* **64**, 19–21 (2018).
4. Zak, D. Peliosis Hepatitis. *Am. J. Pathol.* **10**, 61 (1950).
5. Tsukamoto, Y. *et al.* CT and angiography of peliosis hepatitis. *Am. J. Roentgenol.* **142**, 539–540 (1984).
6. Xie, C., Aloreidi, K., Quist, E. & Pocha, C. A rare cause of hepatomegaly: oral contraceptives-induced peliosis hepatitis. *Am. J. Gastroenterol.* **112**, 1240–1241 (2017).
7. Kootte, A. M. M., Siegel, A. M. & Koorenhof, M. Generalised peliosis hepatitis mimicking metastases after long-term use of oral contraceptives. *Neth. J. Med.* **73**, 41–43 (2015).
8. Perarnau, J. M. & Bacq, Y. Hepatic vascular involvement related to pregnancy, oral contraceptives, and estrogen replacement therapy. *Semin. Liver Dis.* **28**, 315–327 (2008).
9. Miranda, R., Stambuk, J., Vial, M. T. & Miranda, A. Peliosis hepática focal: Caso clínico radiológico. *Rev. Med. Chil.* **138**, 1135–1139 (2010).
10. Testa, G. *et al.* Peliosis hepatitis in a living related liver transplantation donor candidate. *J. Gastroenterol. Hepatol.* **21**, 1075–1077 (2006).
11. Hung, N. R. B., Chantrain, L. & Dechambre, S. Peliosis hepatitis revealed by biliary colic in a patient with oral contraceptive use. *Acta Chir. Belg.* **104**, 727–729 (2004).
12. Tallón García, M., Cobelas Cobelas, M. C., Fernández Sanmartín, M., Bao Corral, A. & Granja Martínez, M. C. Peliosis hepática secundaria a tratamiento hormonal. *An. Pediatr.* **75**, 286–288 (2011).
13. Dai, W. & Zhong, D. Peliosis hepatitis mimicking cancer: A case report. *Oncol. Lett.* **6**, 960–962 (2013).
14. Battal, B., Akgun, V. & Sari, S. Peliosis hepatitis: One pathology, a thousand

- faces, and a clinical and radiological diagnostic challenge. *J. Dig. Dis.* **15**, 281–282 (2014).
15. Battal, B., Kocaoglu, M., Atay, A. A. & Bulakbasi, N. Multifocal peliosis hepatis: MR and diffusion-weighted MR-imaging findings of an atypical case. *Ups. J. Med. Sci.* **115**, 153–156 (2010).
 16. Xiong, W. J. *et al.* Focal peliosis hepatis in a colon cancer patient resembling metastatic liver tumor. *World J. Gastroenterol.* **18**, 5999–6002 (2012).
 17. Yu, C. Y. *et al.* Peliosis hepatis complicated by portal hypertension following renal transplantation. *World J. Gastroenterol.* **20**, 2420–2425 (2014).
 18. Iwata, T., Adachi, K. & Takahashi, M. Peliosis Hepatis Mimicking Malignant Hypervascular Tumors. *J. Gastrointest. Surg.* **21**, 1095–1098 (2017).
 19. Karger, B., Varchmin-Schultheiß, K. & Fechner, G. Fatal hepatic haemorrhage in a child - Peliosis hepatis versus maltreatment. *Int. J. Legal Med.* **119**, 44–46 (2005).
 20. Funayama, K. *et al.* An autopsy case of peliosis hepatis with X-linked myotubular myopathy. *Leg. Med.* **38**, 77–82 (2019).
 21. Wang, S. Y., Ruggles, S., Vade, A., Newman, B. M. & Borge, M. A. Hepatic rupture caused by peliosis hepatis. *J. Pediatr. Surg.* **36**, 1456–1459 (2001).
 22. Terlizzi, J. P. *et al.* Peliosis hepatis in a child with myotubular myopathy: Successful treatment using hepatic artery embolization. *J. Pediatr. Surg.* **48**, e9–e12 (2013).
 23. Brancatelli, G. *et al.* Budd-Chiari syndrome: spectrum of imaging findings. *Am. J. Roentgenol.* **188**, 168–176 (2007).
 24. Lai, W. J., Chiu, N. C. & Chau, G. Y. Hepatobiliary and Pancreatic: Focal peliosis hepatis mimicking hepatocellular carcinoma in a hepatitis B carrier. *J. Gastroenterol. Hepatol.* **31**, 1073–1073 (2016).
 25. Dave, Y. A., Gupta, A., Shah, M. M. & Carpizo, D. Liver haematoma as a presentation of peliosis hepatis. *BMJ Case Rep.* **12**, 2018–2020 (2019).
 26. Samyn, M. M. *et al.* Peliosis hepatis in childhood: Case report and review of the literature. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* **39**, 431–434 (2004).
 27. Choi, S. K. *et al.* Spontaneous liver rupture in a patient with peliosis hepatis: A case report. *World J. Gastroenterol.* **15**, 5493–5497 (2009).
 28. Kim, E. A. *et al.* Peliosis hepatis with hemorrhagic necrosis and rupture: A case report with emphasis on the multi-detector CT findings. *Korean J. Radiol.* **8**,

- 64–69 (2007).
29. Pan, W., Hong, H. J., Chen, Y. L., Han, S. H. & Zheng, C. Y. Surgical treatment of a patient with peliosis hepatis: A case report. *World J. Gastroenterol.* **19**, 2578–2582 (2013).
 30. Perkocha, L. A., Geaghan, S., Yen, B., Nishimura, S. & Chan, S. Clinical and pathological features of bacillary peliosis hepatis in association with human immunodeficiency virus infection. *New English J. Med.* **323**, 1120–1123 (1990).
 31. Iannaccone, Riccardo, et al. "Peliosis hepatis: spectrum of imaging findings." *AMERICAN JOURNAL OF ROENTGENOLOGY-NEW SERIES*-187.1 (2006): 208.

9 ANEXO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**