

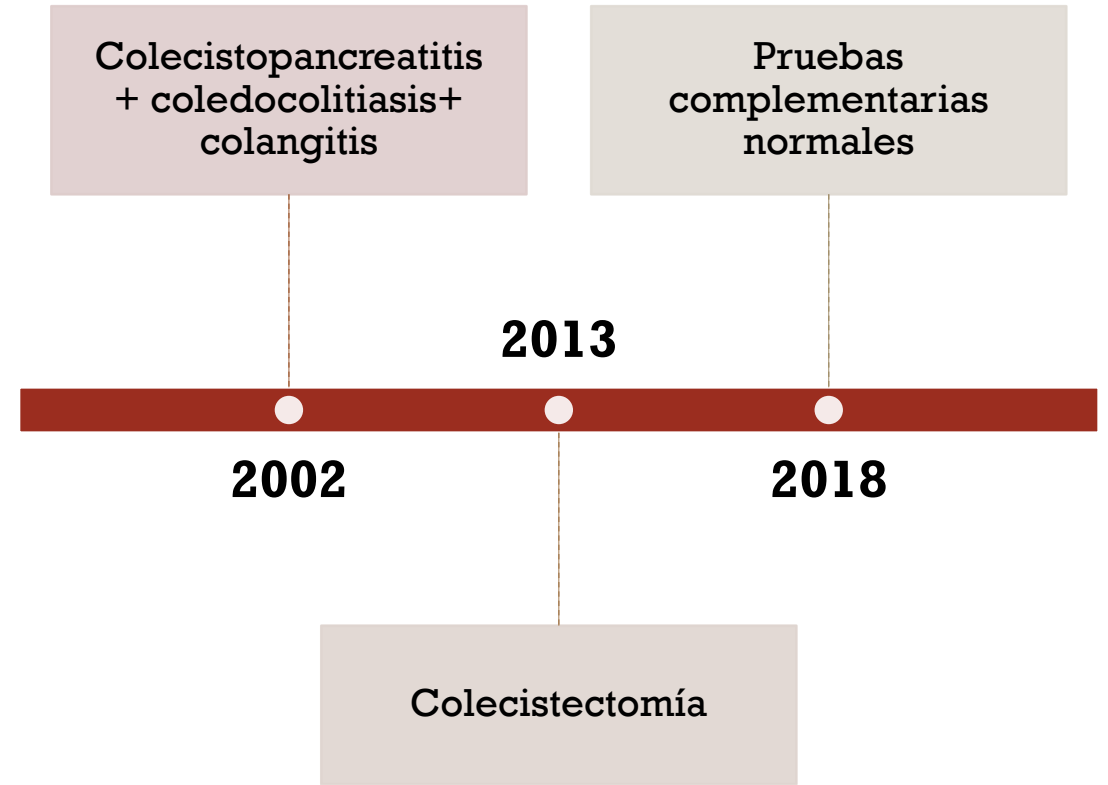
A background image featuring several pink tulips in a vase. The tulips are in various stages of bloom, with some fully open and others as buds. The leaves are green and elongated. The overall tone is soft and natural.

CASO CLÍNICO-RX

26 FEBRERO 2020

Nakaire Bonache Castejón

R5 Medicina Interna



ANTECEDENTES PERSONALES

- **Alergia a betalactámicos.**
- FRCV: HTA. Insuficiencia renal crónica 3a.
- Colecistopancreatitis en 2002 con coledocolitiasis y colangitis tras CPRE. Colecistetomizado en enero de 2013.
- Hepatitis tóxica en 2007 por Paracetamol.
- Probable TBC en la juventud que trató con Neumotórax.
- Intervenido por compresión medular en 2001 con laminectomía C4-C5 y C5-C6.
- Tratamiento habitual: Esomeprazol, Amlodipino .



ENFERMEDAD ACTUAL

- Cuadro de larga evolución de dolor abdominal, en seguimiento por Cirugía y Digestivo (ECO abd, EA y EGD normales ,un año antes) que ha precisado en los últimos meses tratamiento con opiáceos por lo que acude a Urgencias. Niega náuseas, vómitos, fiebre o síndrome general.



EXPLORACIÓN FÍSICA

- TA 200/90. Afebril.
- BEG. Eupneico. Delgado. Bien hidratado. Normal coloración cutáneo-mucosa.
- No IY ni adenopatías periféricas.
- AC: rítmica a 80pm. AP: MVC sin ruidos patológicos.
- Abdomen: blando y depresible, discretamente doloroso a la palpación de forma difusa, sin peritonismo, no se palpan masas ni megalias.
- EEII: sin edemas ni signos de flebitis, pedios presentes.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **HEMOGRAMA:** leucocitos 9.000, (FN), Hb 12.3, plaquetas 266.000.
- **COAGULACIÓN:** TP 65%, INR 1.3.
- **BIOQUIMICA:** glucosa 80, urea 89, creatinina 1.9, (al alta: creatinina 1.3), resto de parámetros incluido perfil hepático, lipídico, iones, LDH, PT y albúmina: normales. PCR normal. HbA1C: 5.7%. Ferritina 800, IST 14%.
- **SEROLOGÍAS** virus hepatitis B, C, VIH: negativos.
- **HEMOCULTIVOS** negativos.
- Alfa feto proteína :normal.



- **GASTROSCOPIA:** normal.
- **COLONOSCOPIA:** hasta ciego, advirtiéndose en trasverso 4-5 ulceraciones sugestivas de isquemia.
- **BRONCOSCOPIA:** distorsión y estenosis del lóbulo superior derecho de aspecto cicatricial, se extrae citología y punción transbronquial y adenopatía.



- **ECOGRAFÍA ABDOMINAL:** Abundante interposición de gas intestinal, que limita la exploración. **Hígado** apenas visualizado (únicamente por vía intercostal), identificando en segmento VIII una masa de ecogenicidad heterogénea, con áreas hiperecogénicas y anecogénicas en su espesor, bien definida, de 6,8 x 5,5 cm aproximadamente, con ligero efecto de masa sobre las estructuras del hilio hepático, de etiología indeterminada. Colecistectomizado. Aerobilia. Páncreas y retroperitoneo no valorables. Bazo de tamaño normal, observando varias calcificaciones puntiformes en su espesor compatibles con granulomas calcificados. Riñones ligeramente disminuidos de tamaño, con discreto adelgazamiento difuso del parénquima y buena diferenciación corticomedular. Quiste cortical de 1,9 cm en riñón derecho. La vía excretora no está dilatada. Vejiga vacía, no valorable. No se identifica líquido libre intraperitoneal anecogénico.



- **TAC TORÁCICO-ABDOMINAL-PÉLVICO** (con contraste): Se realiza TC helicoidal multicorte tras la administración de contraste oral y endovenoso. Adenopatías paratraqueales superiores derechas, paraaórticas izquierdas, subcarinales, paraesofágicas derechas e izquierdas e hiliares bilaterales, las de mayor tamaño subcarinales de 2,4 cm. Calcificaciones en arterias coronarias. Enfisema pulmonar centrolobulillar de predominio en lóbulos superiores. Patrón reticular periférico subpleural que asocia engrosamiento de septos interlobulillares y quistes de panal de predominio en segmentos posteriores de lóbulos inferiores compatible con fibrosis pulmonar patrón NIU. Atelectasia completa con bronquios permeables de LSD. Placas pleurales calcificadas en LSD. Engrosamiento nodular de cisura mayor derecha. Nódulo calcificado en língula. No se observan nódulos pulmonares sospechosos. Hígado de atenuación homogénea observando una gran lesión de aproximadamente 7 cm de atenuación heterogénea en segmento VIII y V, Aerobilia en paciente colecistectomizado. Bazo, páncreas, suprarrenales y riñón izquierdo sin alteraciones. Quiste cortical en riñón derecho. Ateromatosis del eje aortoiliaco. No se identifican adenopatías mesentéricas, retroperitoneales ni en cadenas ilíacas. Material de osteosíntesis en columna lumbar. Próstata homogénea, hipertrófica. Eventración en pared abdominal derecha. Conclusión: Adenopatías patológicas hiliares y mediastínicas. Hallazgos de fibrosis pulmonar patrón NIU. Atelectasia completa de LSD. Masa de 7 cm en hígado que sugiere metástasis. Hipertrofia prostática. Eventración en pared abdominal derecha.



- **ECOGRAFÍA ABDOMINAL:** Hígado apenas visualizado (únicamente por vía intercostal), identificando en segmento VIII una masa de ecogenicidad heterogénea, con áreas hiperecogénicas y anecogénicas en su espesor, bien definida, de 6,8 x 5,5 cm aproximadamente, con ligero efecto de masa sobre las estructuras del hilio hepático, de etiología indeterminada.
- **TAC TORACOABDOMINOPÉLVICO:** Adenopatías patológicas hiliares y mediastínicas. Hallazgos de fibrosis pulmonar patrón NIU. Atelectasia completa de LSD. Masa de 7 cm en hígado que sugiere metástasis. Hipertrofia prostática. Eventración en pared abdominal derecha.



- **RMN DE HÍGADO:** La morfología del hígado es normal y no se observa alteración en la señal. En los segmentos VIII y V se observa una masa de gran tamaño que llega hasta el hilio provocando compresión de las estructuras hiliares, por compresión de los conductos hepáticos principales provoca mínima dilatación de radicales intrahepáticos más distales, fundamentalmente en el LI. También comprime el tronco portal y la rama derecha que se mantienen permeables. Es una masa y sólida, muy heterogénea con componente de necrosis y muestra en el estudio dinámico realce también heterogéneo,. Mide 7,7 cm en el plano antero-posterior, 6,2 cm en el plano axial y 7 cm en el plano craneo-caudal. Atrofia parcial del parénquima pancreático con infiltración grasa, fundamentalmente en el cuerpo y la cola. No se observa alteración en la señal. Colecistectomía. El bazo y las glándulas suprarrenales son normales. Eventración en la pared antero-lateral derecha con salida del colon ascendente. **CONCLUSIONES: Posible metástasis hepática.**



- **ANATOMIA PATOLÓGICA BRONCOASPIRADO:** Citología negativa para malignidad con cambios inflamatorios inespecíficos.
- **PAAF transbronquial de adenopatía:** abundante representación de celularidad bronquial sin presencia de celularidad linfoide.



LOES HEPÁTICAS

Benignas

- Hemangioma hepático
- Hiperplasia focal nodular
- Adenoma hepático
- Hipertensión portal idiopática no cirrótica

Malignas

- Hepatocarcinoma
- Colangiocarcinoma
- Metástasis



ADENOMA HEPÁTICO

- Lesión benigna que suele aparecer sobre hígado no cirrótico.
- Más frecuente en mujeres premenopáusicas.
- Antecedente de consumo de ACO.
- Se ha relacionado con enfermedades de depósito tipo glucogenosis.
- Presenta pequeño riesgo de malignización.



HIPERTENSIÓN PORTAL IDIOPÁTICA NO CIRRÓTICA

- Es una entidad en la cual se forman nódulos por proliferación de hepatocitos.
- Suele asociarse con enfermedades autoinmunes.
- Es más frecuente en pacientes de edad avanzada.



HEPATOCARCINOMA

- Tumor primario más frecuente en el hígado.
- Es menos frecuente su aparición sobre hígado sano.
- Aunque la elevación de la alfafetoproteína apoya el diagnóstico, no todos la elevan.
- En pacientes sin hepatopatía previa puede confundirse por imagen con un colangiocarcinoma o una metástasis.



Carcinoma fibrolamelar

- Históricamente se considera una variante de HCC. En sus inicios se nombró hepatoma eosinófilo con fibrosis lamelar.
- Es un tumor primario hepático poco frecuente.
- El síntoma más frecuente es el dolor abdominal.
- Analíticamente un valor de alfafetoproteína negativo apoya su diagnóstico.
- Se diferencia del HCC en:
 - Afecta a individuos más jóvenes
 - No tiene predominancia en el género masculino
 - La cirrosis y las enfermedades por VHC/VHB crónicas no son factores de riesgo para desarrollarlo.



COLANGIOCARCINOMA

- Es una neoplasia de la vía biliar, pudiendo afectar tanto a la vía intrahepática como extrahepática.
- Se ha relacionado con la colangitis esclerosante.
- Los colangiocarcinomas intrahepáticos se originan a partir de pequeños ductos intrahepáticos (colangiocarcinomas periféricos) o de grandes ductos próximos a la bifurcación en conducto hepático izquierdo y derecho.



Intrahepatic bile duct cancer TNM staging AJCC UICC 8th edition

Primary tumor (T)

T category	T criteria
TX	Primary tumor cannot be assessed
T0	No evidence of primary tumor
Tis	Carcinoma <i>in situ</i> (intraductal tumor)
T1	Solitary tumor without vascular invasion, ≤ 5 cm or > 5 cm
T1a	Solitary tumor ≤ 5 cm without vascular invasion
T1b	Solitary tumor > 5 cm without vascular invasion
T2	Solitary tumor with intrahepatic vascular invasion or multiple tumors, with or without vascular invasion
T3	Tumor perforating the visceral peritoneum
T4	Tumor involving local extrahepatic structures by direct invasion

Regional lymph nodes (N)

N category	N criteria
NX	Regional lymph nodes cannot be assessed
N0	No regional lymph node metastasis
N1	Regional lymph node metastasis present

Distant metastasis (M)

M category	M criteria
M0	No distant metastasis
M1	Distant metastasis present

Prognostic stage groups

When T is...	And N is...	And M is...	Then the stage group is...
Tis	N0	M0	0
T1a	N0	M0	IA
T1b	N0	M0	IB
T2	N0	M0	II
T3	N0	M0	IIIA
T4	N0	M0	IIIB
Any T	N1	M0	IIIB
Any T	Any N	M1	IV

TNM: tumor, node, metastasis; AJCC: American Joint Committee on Cancer; UICC: Union for International Cancer Control.

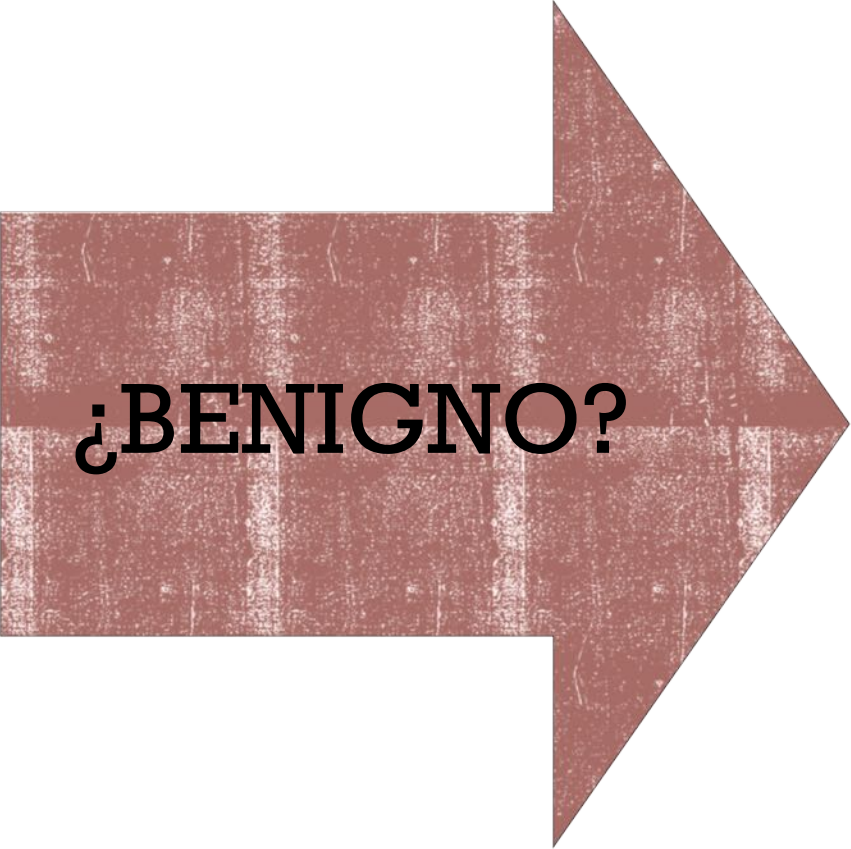
Used with permission of the American College of Surgeons, Chicago, Illinois. The original source for this information is the AJCC Cancer Staging Manual, Eighth Edition (2017) published by Springer International Publishing.



METÁSTASIS

- En los países occidentales es la neoplasia hepática más frecuente.
- Su origen más frecuente son tumores de tracto digestivo, próstata...





¿BENIGNO?



¿MALIGNO?



BENIGNO

- No síndrome general ni alteración tránsito
- Escasas alteraciones analíticas

MALIGNO

- Pruebas complementarias hace un año normales
- Mal control del dolor



NO

- No me he olvidado del tórax



TABLA 1. Clasificación de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID).

Neumonías intersticiales idiopáticas

- Fibrosis pulmonar idiopática
- Neumonía intersticial aguda
- Neumonía intersticial no específica
- Bronquiolitis respiratoria con enfermedad pulmonar intersticial difusa
- Neumonía intersticial descamativa
- Neumonía organizada criptogenética
- Neumonía intersticial linfoide
- Fibroelastosis pleuroparenquimatosa idiopática
- Neumonía organizada aguda fibrosante

De causa conocida o asociada

- Asociadas a enfermedades del colágeno
- Neumoconiosis
- Inducida por fármacos y radioterapia
- Neumonitis por hipersensibilidad
- Asociadas a enfermedades hereditarias

Entidades con histología propia y otras enfermedades no bien definidas

- Proteinosis alveolar
- Microlitiasis alveolar
- Linfangioleiomiomatosis
- Eosinofiliás pulmonares
- Histiocitosis de células de Langerhans
- Amiloidosis
- EPID no clasificada

Neumopatías intersticiales granulomatosas

- Sarcoidosis
- Secundarias a micobacterias u hongos



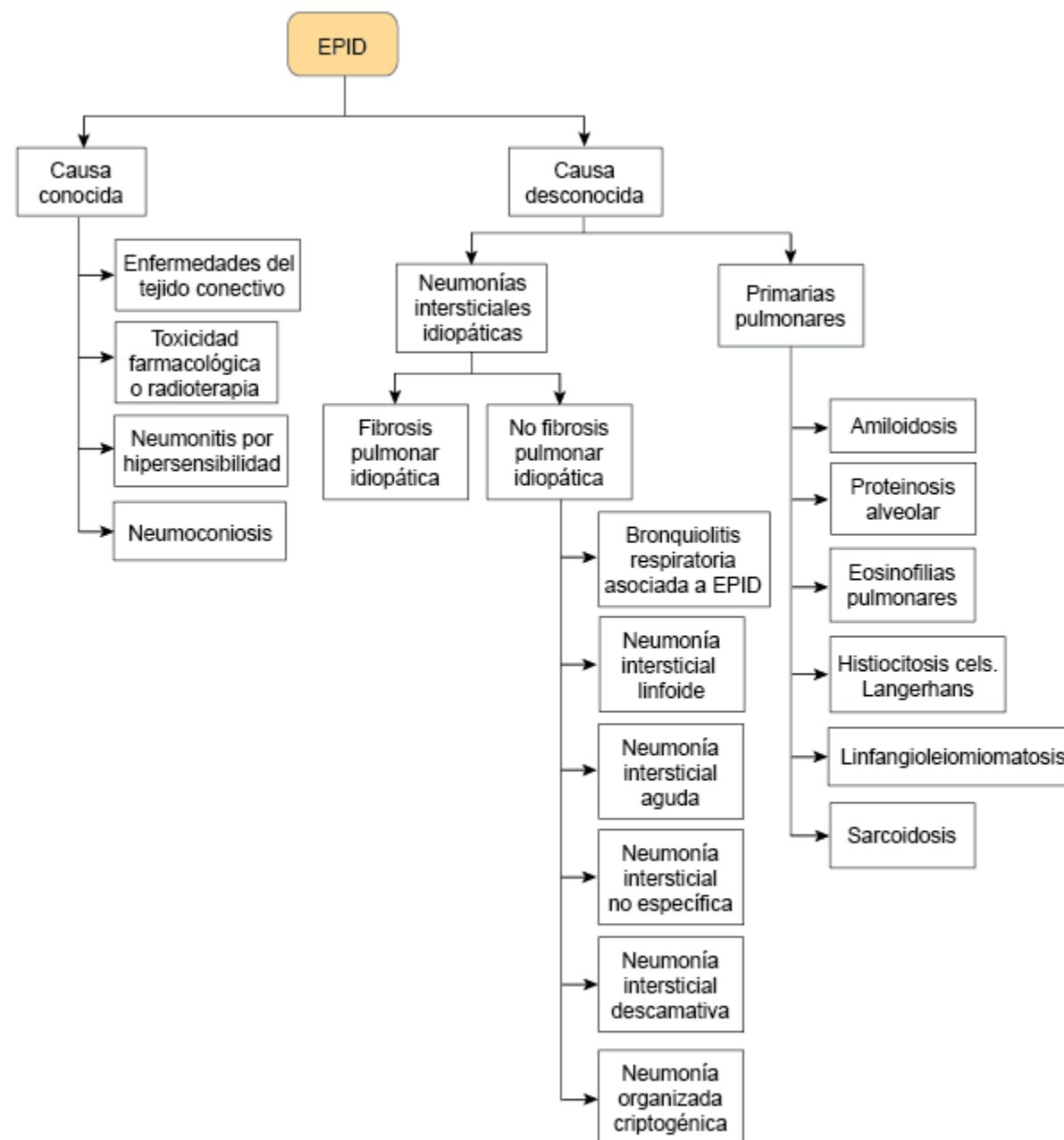


Figura 1. Clasificación de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID)

Adaptación de la clasificación del consenso ATS/ERS (American Thoracic Society/European Respiratory Society) del 2002



FPI/NIU

- El diagnóstico diferencial de esta entidad incluye:
 - fibrosis intersticial secundaria a la asbestosis
 - diversas enfermedades del tejido conectivo (principalmente la artritis reumatoide y la esclerodermia)
 - la toxicidad pulmonar por fármacos.
 - La alveolitis alérgica extrínseca crónica y la sarcoidosis en estadio IV pueden en ocasiones presentar un patrón de NIU



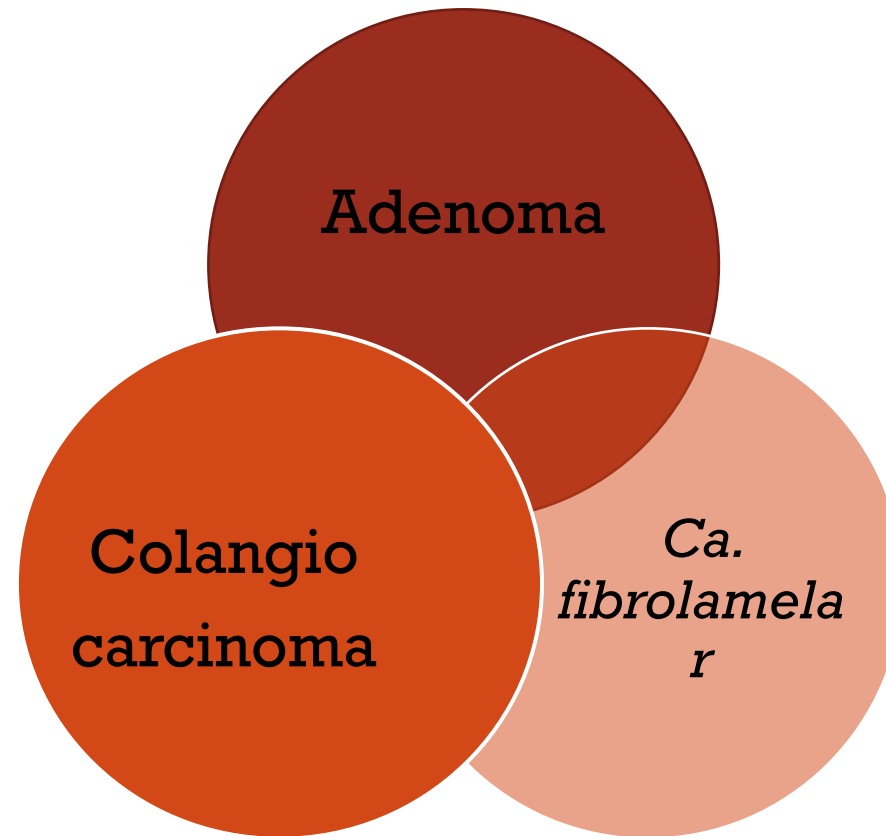
Patrón de NIU	Patrón de posible NIU	Incompatible con NIU
- Predominio subpleural, basal - Patrón reticular - Panal con o sin bronquiectasias -La ausencia de las características incompatibles	-Predominio subpleural, basal - Patrón reticular -La ausencia de las características incompatibles	- Predominio en zona superior o media del pulmón. - Distribución peribroncovascular. -Extensas áreas en vidrio deslustrado -Presencia de micronódulos (bilateral, lóbulos superiores) -Presencia de quistes (múltiples, bilaterales). -Atrapamiento aéreo (patrón en mosaico en tres o más lóbulos). -Consolidaciones.



VAMOS A PEDIR PRUEBAS...

- Completar historia: antecedentes laborales y de exposición a polvos, antecedentes familiares
- Analítica: FR, ECA, VSG, proteinograma, CA 19.9, CEA, ¿autoinmunidad?
- ¿Se hizo BAL?
- Gammagrafía/PET
- Biopsia LOE hepática





BIBLIOGRAFÍA

- <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/enfermedades-pulmonares-intersticiales-difusas/>
- Solid liver lesions: Differential diagnosis and evaluation. UptoDate
- Epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, and treatment of fibrolamellar carcinoma. UptoDate



Muchas
GRACIAS

