

Caso clínico

Eva Soria (R1 M. Interna)

Dr. Carlos Martínez



Varón de 86 años con síndrome general.

- **Antecedentes personales:**

- *Sin alergias/intolerancias conocidas.*
- Hábitos tóxicos: Fumador pasivo muchos años (trabajó en un bar). Ingesta de alcohol ocasional.
- FRCV: HTA, DL
- Fibrilación auricular paroxística (2020) anticoagulada con Edoxaban.
- Adenocarcinoma de próstata en 2004.
- Parkinsonismo paucisintomático.
- Catarata

Tratamiento habitual



Hierro oral.

Omeprazol 20 mg.

Motilium.

Madopar (Levodopa/Benserazida) 250mg.

Neupro (rotigotina).

Barnix (barnidipino) 10 mg.

Alopurinol.

Edoxaban 30 mg.

Silodyx (silodosina) mg.

Bisoprolol 2.5 mg.

Atorvastatina 40 mg.

Paracetamol 1g.

Enfermedad actual

- Varón de 86 años enviado desde la consulta de Neurología, donde está en seguimiento por Enfermedad de Parkinson, con síndrome general de 1 mes de evolución, astenia, anorexia y dolor abdominal progresivo
- **Exploración:** Leve afectación general. Perfundido. Normocoloración de piel y mucosas, eupneico.
- AC: Corazón rítmico a 90 lpm, no soplos.
- AP: murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos.
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no masas ni megalias, peristaltismo conservado, no signos de peritonismo.
- EEII: Pulsos distales conservados, no edemas

Laboratorio

- HG: Leucocitos 4700 (FN). **Hb 10**. VCM 73 Plaquetas 261.000 INR 1.2
- BQ: G 95, Urea 63, AU 5.5, Cr 1.17, FG 56, **GOT 237**, **GPT 44**, **FA 404**, **GGT 138**, **PT 4.8**, Calcio corregido 9.3, P 3.51, **BiT 2.23**, **BiD 1.97**, Hierro 21, Transferrina 139, IST 15%, Ferritina 692, Na 134, K 4.7, Cl 100, Ácido fólico 1.64, Vitamina B12 965, **PCR 105**.
- Anticuerpos antimúsculo liso: **positivos** 1/160



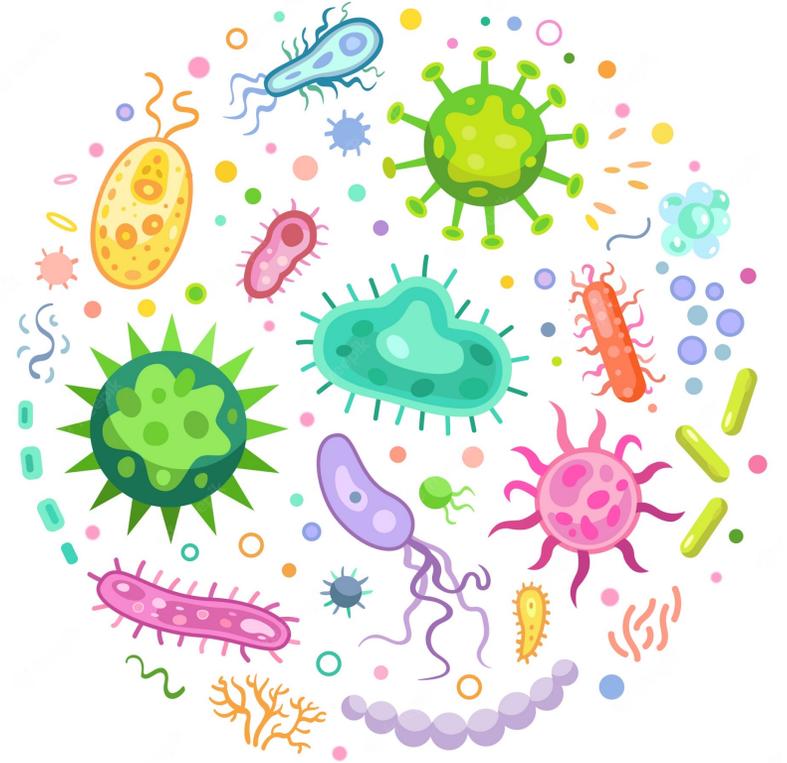
Laboratorio

- Proteinograma: perfil electroforético compatible con proceso inflamatorio.
- Citometría de flujo: sin expresión periférica de síndrome linfoproliferativo-B
- Orina: Cadenas ligeras libres en suero: Cadenas kappa libres 39.80 Cadenas lambda libres 35.66; Cociente kappa/lambda 1.11 (normal).
- Marcadores tumorales: CEA, PSA, Ca 19.9, AFP normales. Beta2-microglobulina 9.21



Microbiología

- Virus:
 - VHB, VHC, VIH y lúes negativos.
 - VHA negativo;
 - VEB (IgG positivo, IgM negativo),
 - CMV (IgG positivo, IgM negativo),
 - VHE (IgG e IgM negativos,
 - VHZ (IgG positivo, IgM negativo)
- Hemocultivos y Urinocultivo negativos



Imagen

- Ecografía de abdomen: Ligeramente **hepatomegalia de ecogenicidad heterogénea**, con áreas hiperecogénicas y zonas hipoecoicas de morfología geográfica distribuidas por todo el parénquima hepático, hallazgos **sugestivos de esteatosis hepática** con zonas de parénquima sano preservado. **No se identifican LOES definidas. Adenopatía** en el hilio hepático, de 2,6 x 2,2 cm. **Bazo aumentado de tamaño** (14,7 cm). Ambos riñones son de tamaño normal, mantiene un grosor de parénquima preservado y la vía excretora no está dilatada. Quistes corticales renales bilaterales. Vejiga poco replecionada, sin lesiones focales en su pared. No se identifica líquido libre intraabdominal.
- Colonoscopia: Diverticulosis en sigma. Hemorroides.
- Gastroscopia: Estómago en gaita. Gastritis atrófica.



Imagen: TC tóraco-abdominal con contraste IV

- Tórax normal.
- Abdomen: hígado de baja densidad aunque con una extensa **zona más hipodensa** en el lóbulo derecho **compatible con esteatosis**. Bazo en límite alto de la normalidad o mínima esplenomegalia con atenuación homogénea. Páncreas, suprarrenales y riñones sin alteraciones destacables (pequeños quistes corticales bilaterales). **Entre el hilio hepático y la cabeza de páncreas** se observa un nódulo ovalado compatible con **adenopatía de 1,5 cm** de diámetro de origen incierto. También se aprecia una imagen nodular **entre la cava y la aorta abdominal** por debajo de los hilos renales de naturaleza incierta aunque también es sugestivo de **adenopatía de 1,6 cm** de diámetro. No observo otras imágenes de adenopatías en el retroperitoneo o en ambas cadenas ilíacas. Próstata con múltiples semillas de braquiterapia. **CONCLUSION:** Adenopatía en hilio hepático y retroperitoneo de naturaleza incierta



Imagen: Resonancia magnética del hígado

- **Aumento en el tamaño del lóbulo derecho y del segmento IV-A.** El aumento en el tamaño se acompaña de llamativa **alteración en la señal** que corresponde a **infiltración grasa** y únicamente se observa una pequeña zona en el segmento V de **depósito de hierro**. Esta alteración tiene el contorno lobulado llega hasta el hilio y esta atravesado por las ramas correspondientes de todas las estructuras vasculares del hígado y por radicales biliares que están mínimamente dilatados. **Todas las estructuras vasculares están permeables.** No se observa circulación colateral. **No se observa alteración en la perfusión** y a partir de la fase venosa todo el parénquima es isointenso, con la única excepción del depósito focal de hierro que no se realza. No se comporta como una masa, por lo que **habría que pensar que este proceso tiene relación con algún tóxico, quizá fármacos o proceso inflamatorio.** **Esplenomegalia** (17,8 cm en el plano craneo-caudal). No se observa alteración en la señal del parénquima esplénico. **Adenopatía en hilio hepático con tamaño máximo de 2,2 cm.** Tienen las mismas características de señal y se comporta en la difusión como la alteración descrita en el hígado



Durante el ingreso

- Clínica: intensificación de astenia y deterioro del estado general
- EF: tinte **ictérico** mucocutáneo
- Analítica: **GOT 693. GPT 22, FA 240. GGT 129. BT 6.75. BD 6.52. PT 3.9.**
Albúmina 1.7. TP 82%. TC 27.9". INR 1.14.
- Tratamiento: retirada de medicación prescindible potencialmente hepatotóxica

CLÍNICA: Astenia, anorexia, deterioro del estado general

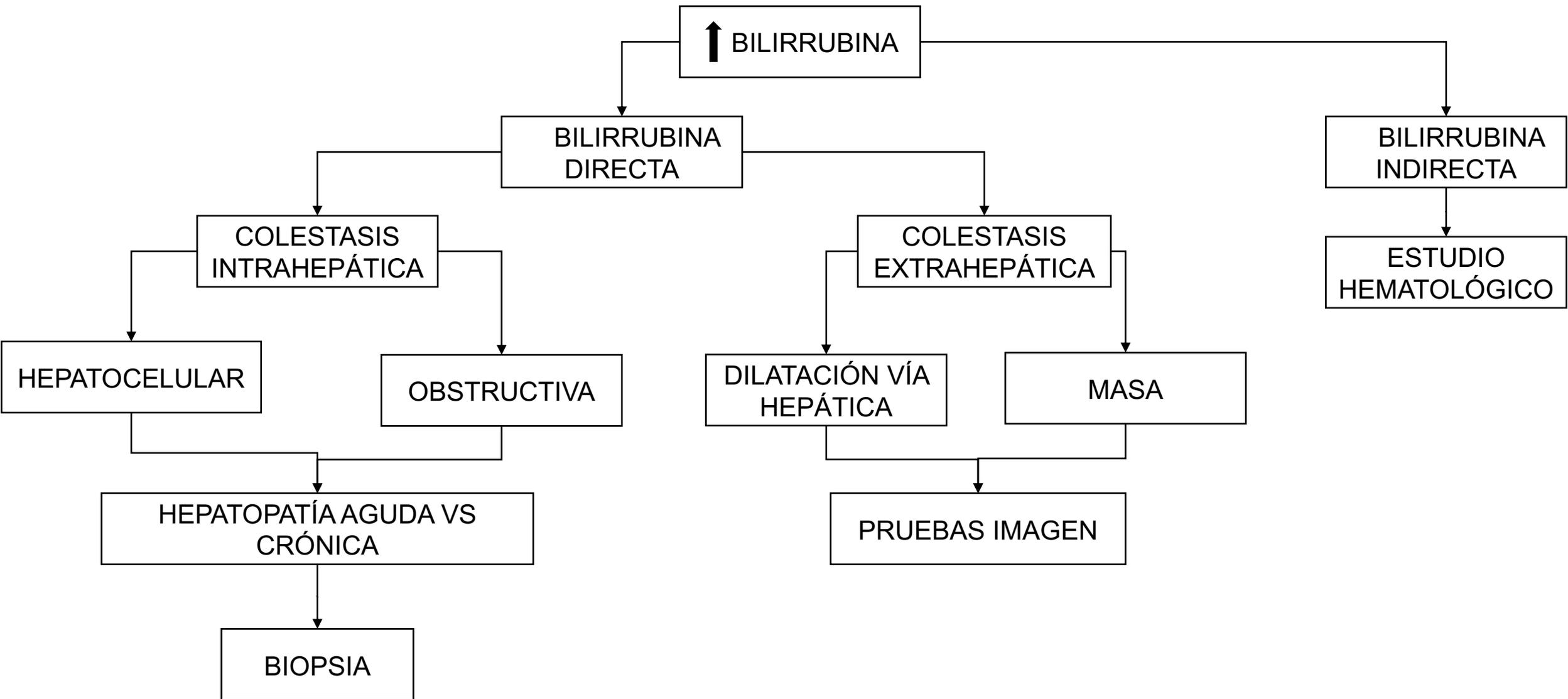
EXPLORACIÓN FÍSICA: ictericia mucocutánea

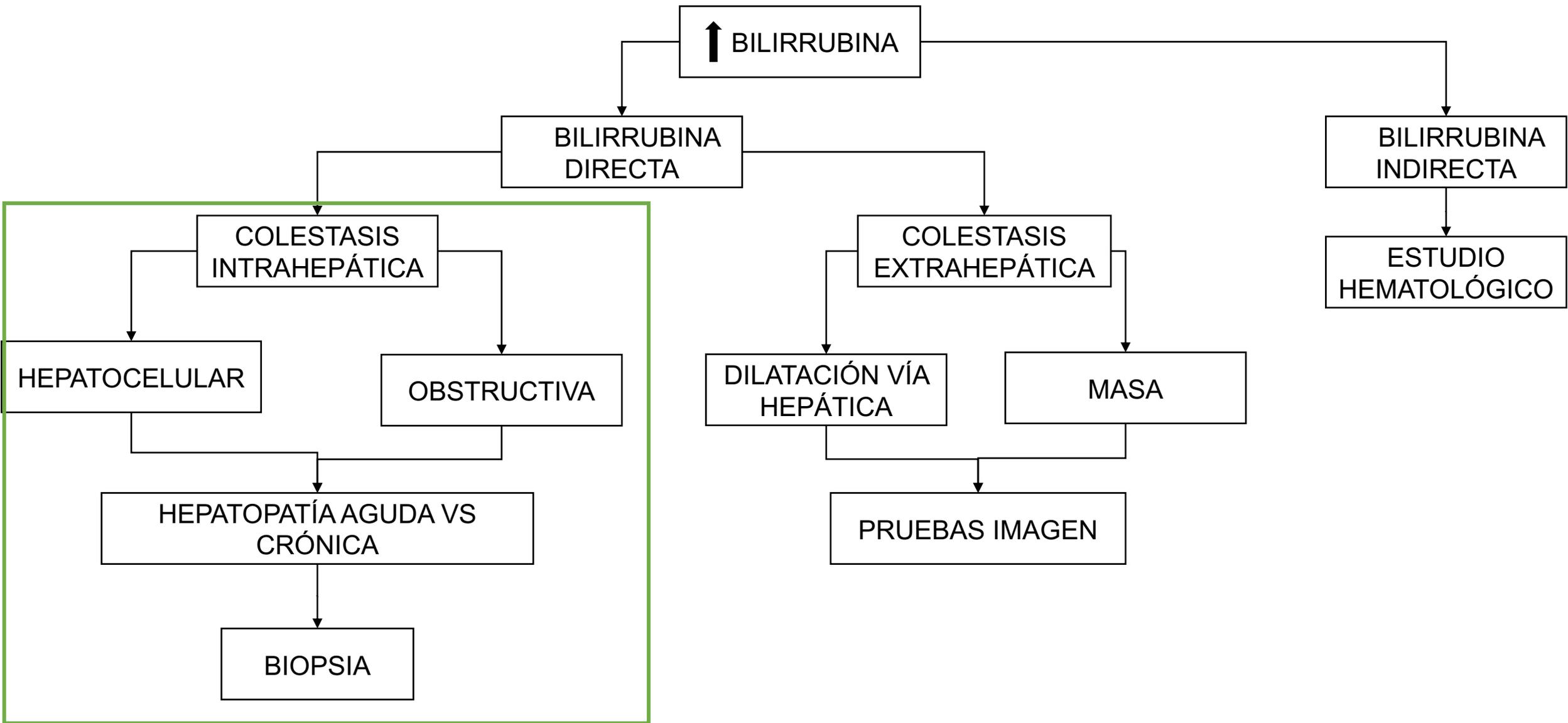


ANALÍTICA:

- GOT 237 → 693
- GPT 44 → 22
- FA 404 → 240
- GGT 138 → 129
- BT 2.23 → 6.75
- BD 1.97 → 6.52







Posibles etiologías

- **Inflamatoria**
- Infecciosa
- Autoinmune
- Neoplásica
- Miscelánea



Esteatohepatitis grasa no alcohólica

A FAVOR:

- Causa más frecuente de elevación de transaminasas en adultos.
- Alteración analítica de parámetros hepáticos y aumento de bilirrubina a expensas de BD
- ECO: ecogenicidad heterogénea (parcheado de esteatosis y cirrosis) +/- esplenomegalia.
- Sd. constitucional

EN CONTRA

- Paciente sin sd. Metabólico
- AST>ALT

Síndrome metabólico (obesidad, diabetes, dislipidemia, hipertensión arterial)

Fármacos (corticoides, tamoxifeno, amiodarona, metotrexato, HAART)

Cirugía (anastomosis yeyunoileal, resección intestinal, derivación biliopancreática)

Miscelánea: paniculitis de Weber-Christian, abetalipoproteinemia, nutrición parenteral total

Hepatitis alcohólica aguda

A FAVOR:

- Alteración de parámetros hepáticos
- Elevación de Bilirrubina a expensas de BD
- Sd. Constitucional
- Ictericia

EN CONTRA

- Ecografía sería normal
- No hepatomegalia dolorosa
- Patrón de consumo alcohólico ocasional

Insuficiencia hepática aguda grave

A FAVOR:

- Alteración parámetros hepáticos
- Elevación de Bilirrubina a expensas de BD
- Sd. Constitucional
- Ictericia
- Consumo de Paracetamol

EN CONTRA

- Sin coagulopatía
- Sin encefalopatía hepática
- Temporalidad (cuadro muy rápidamente progresivo)

Hepatotoxicidad inducida por fármacos

A FAVOR:

- Alteración parámetros hepáticos
- Elevación de Bilirrubina a expensas de BD
- Sd. Constitucional
- Ictericia
- Fármacos compatibles en el tratamiento (alopurinol, atorvastatina, paracetamol)

EN CONTRA

- Retirada de fármacos sin mejoría
- Patrón principalmente con aumento de transaminasas
- Muy raro inducido por Atorvastatina y Alopurinol
- Consumo limitado de Paracetamol

Hepatitis isquémica

A FAVOR:

- Alteración parámetros hepáticos
- Sd. constitucional

EN CONTRA

- Ausencia de signos de bajo gasto
- No antecedentes de Insuficiencia Cardíaca
- No causa elevación de Bilirrubina
- No produce ictericia

Posibles etiologías

- Inflamatoria
- **Infecciosa**
- Autoinmune
- Neoplásica
- Miscelánea



Hepatitis virales

A FAVOR:

- Sd. Constitucional
- Alteración parámetros hepáticos
- Elevación de Bilirrubina a expensas de BD
- Ictericia
- Coagulación normal

EN CONTRA

- Serologías de virus hepatotrópos negativas
- Sin otra clínica asociada

Tuberculosis

A FAVOR:

- Alteración de parámetros hepáticos
- Elevación de bilirrubina a expensas de BD
- Sd. Constitucional
- Ictericia

EN CONTRA

- Normalidad TC tórax
- Ausencia de imagen sugerente de granulomas en imagen
- Ausencia de factores de riesgo
- ¿Mantoux?
- Rara afectación hepática aislada

Posibles etiologías

- Inflamatoria
- Infecciosa
- **Autoinmune**
- Neoplásica
- Miscelánea



Hepatitis autoinmune

A FAVOR:

- Sd. constitucional
- Alteración parámetros hepáticos
- Elevación de Bilirrubina a expensas de BD
- Ictericia
- Anticuerpos antimusculo liso

POSITIVOS

EN CONTRA

- Mujeres 40-60 años
- Ausencia de otra patología autoinmune
- Ausencia de otra clínica
- Proteinograma compatible con proceso inflamatorio

CBP

A FAVOR:

- Alteración parámetros hepáticos
- Elevación de Bilirrubina a expensas de BD
- Sd. Constitucional
- Ictericia

EN CONTRA

- Prurito intenso
- Mujeres 40-60 años
- AMA positivos
- Asociación de otra patología autoinmune

CEP

A FAVOR:

- Alteración parámetros hepáticos
- Elevación de Bilirrubina a expensas de BD
- Sd. Constitucional
- Ictericia

EN CONTRA

- Asociado a colitis ulcerosa
- Varones 40 años
- Bilirrubina normal al diagnóstico
- Ecografía suele ser normal

Posibles etiologías

- Inflamatoria
- Infecciosa
- Autoinmune
- **Neoplásica**
- Miscelánea



Colangiocarcinoma

A FAVOR:

- Alteración parámetros hepáticos
- Elevación de Bilirrubina a expensas de BD
- Sd. Constitucional
- Ictericia

EN CONTRA

- No distensión de vesícula en EF
- Ausencia de dilatación de vía biliar
- Ausencia factores predisponentes (colangitis esclerosantes, anomalías vía biliar, infecciones parasitarias, CU...)
- Marcadores tumorales normales

Neoplasia de cabeza de páncreas

A FAVOR:

- Alteración parámetros hepáticos
- Elevación de Bilirrubina a expensas de BD
- Sd. Constitucional
- Ictericia
- Pico incidencia 60-80 años

EN CONTRA

- Ausencia de imagen compatible
- No factores predisponentes
- No otra clínica
- Marcadores tumorales (Ca 19.9) normales

Neoplasia de vesícula

A FAVOR:

- Alteración parámetros hepáticos
- Elevación de Bilirrubina a expensas de BD
- Sd. constitucional

EN CONTRA

- Ausencia de factores de riesgo (litiasis, vasicula en porcelana, pólipos...)
- Ausencia de imagen compatible
- No otra clínica

Ampuloma

A FAVOR:

- Alteración parámetros hepáticos
- Elevación de Bilirrubina a expensas de BD
- Sd. Constitucional
- Ictericia
- Pacientes entre 40-90 años

EN CONTRA

- Ictericia no fluctuante
- Ausencia de imagen compatible
- No otra clínica asociada

Neoplasia hepática o metástasis

A FAVOR:

- Alteración parámetros hepáticos
- Elevación de Bilirrubina a expensas de BD
- Ictericia
- Sd. constitucional

EN CONTRA

- Ausencia de imagen compatible
- No otra clínica asociada
- Consumo de alcohol ocasional

Posibles etiologías

- Inflamatoria
- Infecciosa
- Autoinmune
- Neoplásica
- **Miscelánea**



Sarcoidosis

A FAVOR:

- Alteración de parámetros hepáticos
- Elevación de bilirrubina a expensas de BD
- Sd. Constitucional
- Ictericia
- Adenopatías abdominales

EN CONTRA

- Ausencia de alteraciones en TC tórax
- Ausencia de imágenes sugerentes de granulomas hepáticos
- Rara afectación hepática aislada
- ¿ECA? ¿Calcio normal?

Hemocromatosis

A FAVOR:

- imagen en RMN sugerente de depósito hepático de hierro
- Sd. Constitucional
- Alteración parámetros hepáticos
- Elevación de Bilirrubina a expensas de BD
- Ferritina > 500micg/dL

EN CONTRA

- Edad: varones en torno a 40 años
- IST < 60%
- Clínica: sin afectación cutánea, pancreática, cardíaca ni hipofisaria
- Más coloración bronceada que ictericia

Sd Stauffer

A FAVOR:

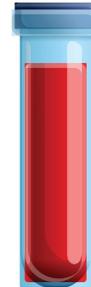
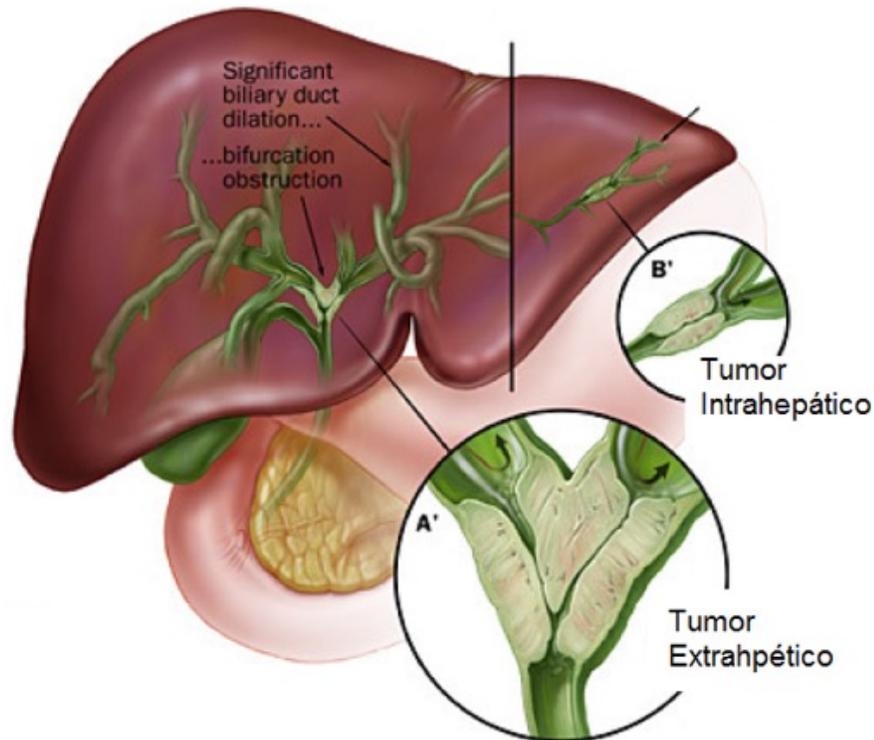
- Sd. constitucional
- Alteración parámetros hepáticos
- Elevación de Bilirrubina a expensas de BD
- Ausencia de imagen metastásica a nivel hepático
- Ictericia

EN CONTRA

- Riñones de morfología normal en pruebas de imagen
- Sin otras alteraciones clínicas o analíticas

Impresión diagnóstica

COLANGIOCARCINOMA



LABORATORIO:

- Niveles ECA
- Mantoux



ANATOMÍA PATOLÓGICA

- Bx hepática
- PAAF adenopatías



IMAGEN

- CPRE
- Colangio-RMN

Bibliografía

- Bruguera, M. (2017). Guía práctica para el examen del paciente adulto con hipertransaminasemia asintomática. *Gastroenterología y Hepatología*, 40(2), 99-106. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.03.001>
- García-Buey, L., & Moreno-Otero, R. (2006). Hepatitis autoinmune. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 98(8), 624-624.
- García-Cortés, M., Andrade, R. J., Lucen, M. I., González-Grande, R., Camargo, R., Fernández-Bonilla, E., Martos, J. V., & Alcántara, R. (2005). Hepatotoxicidad secundaria a fármacos de uso común. *Gastroenterología y Hepatología*, 28(8), 461-472. <https://doi.org/10.1157/13079002>
- Muñoz-Rodríguez, J., Tricas Leris, J. M., Andreu Solsona, V., & Vilaseca Bellsolà, J. (2003). Hepatitis isquémica en pacientes con insuficiencia cardiaca. *Anales de Medicina Interna*, 20(11), 31-33.
- Tomadoni, A., García, C., Márquez, M., Ayala, J. C., & Prado, F. (2010). Síndrome de Stauffer con ictericia, una manifestación paraneoplásica del carcinoma renal: A propósito de un caso. *Archivos Españoles de Urología (Ed. impresa)*, 63(2), 154-156.
- Harrison. Manual de medicina interna. McGraw Hill, 19ª edición.
- Green book. Diagnóstico y tratamiento médico. Marbán libros. 2019

MUCHAS GRACIAS



Diagnóstico

Biopsia hepática con Trucutt

Histológicamente ambos cilindros corresponden a parénquima hepático que está ampliamente infiltrado y extensamente sustituido en muchas zonas por una proliferación de células linfoides atípicas con núcleos de tamaño grande ocasional nucleolo y frecuentes figuras de mitosis. Se disponen de forma difus. Estudio inmunohistoquímico: CD 20, CD 79^a, CD5, Bcl 6y Mum1 positivos. CD10, CD 3, Cyclina D1, P 53, y Queratina AE 1-AE3 negativos. Queratina positiva en los hepatocitos. Ki 67 positivo enaproximadamente un 75% de los núcleos. La positividad para CD 5 suele asociarse con peor pronóstico.

BIOPSIA POR AGUJA DE LOBULO HEPATICO DERECHO: LINFOMA B DIFUSO DE CELULA GRANDE DE TIPO ACTIVADO (SIN DIFERENCIACION CENTROGERMINAL.

Linfoma difuso B de célula grande

- **Evaluación clínica:** la historia debe evaluar los síntomas constitucionales B (fiebre, sudores, pérdida de peso involuntaria) y el examen debe tener en cuenta los ganglios linfáticos, el hígado o el bazo agrandados
- **Linfoma difuso de células B grandes:** el subtipo histológico más común de linfoma no Hodgkin (LNH), que representa aproximadamente el 25 por ciento de los casos de LNH.
- **Presentación:**
 - Los pacientes generalmente presentan una masa agrandada de ganglios linfáticos en el cuello o el abdomen.
 - Un tercio tiene síntomas sistémicos
 - 30% tiene afectación de la médula ósea y el 40% enfermedad extraganglionar.