
CASO CLÍNICO 13/03/2024

LARA VICTORIA CALVO RUBIO – MIR R3 MEDICINA INTERNA

SARA RAPOSO GARCÍA – MÉDICO ADJUNTA MEDICINA INTERNA

PRESENTACIÓN DEL CASO

- Varón de 71 años.
- Derivado a cta de MI por alteración en pruebas de imagen.



ANTECEDENTES PERSONALES

- Sin alergias conocidas.
- Trabajó como funcionario.
- FRCV: **HTA, DM 2, DL.**
- **Fumador** de medio paquete diario. **Bebedor** ocasional.
- En estudio por CAR para despistaje de cardiopatía isquémica crónica silente.
- Sepsis urinaria en 2018.
- Hiperplasia de próstata.
- Cirugías: Colcistectomía, apendicectomía, catarata.



TRATAMIENTO HABITUAL



- Dapaglifoquina 10mg: 1-0-0.
- Adiro 100mg: 0-1-0.
- Rosuvastatina 5mg: 0-0-1.
- Duodart 0,5/0,4mg: 0-0-1.
- Telmisartán 40mg: 1-0-0.

ENFERMEDAD ACTUAL

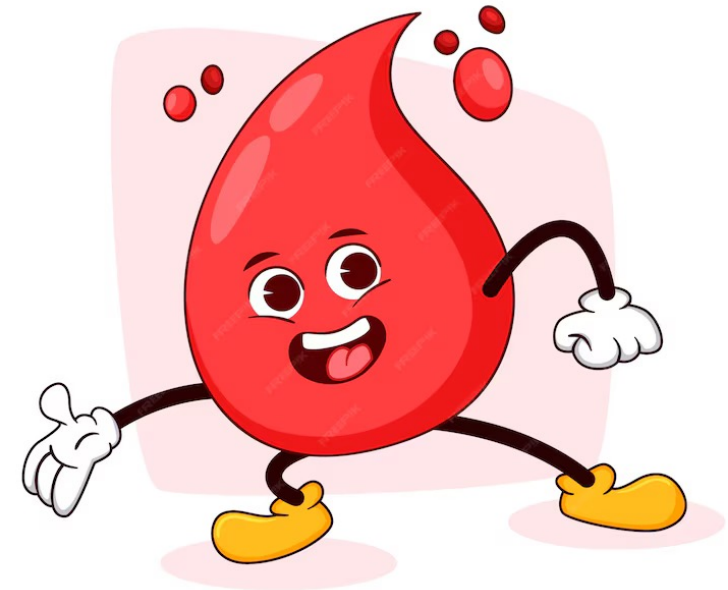
- En seguimiento por URO por HBP + STUI.
- Masa abdominal objetivada de forma incidental.
- Dolor abdominal episódico, autolimitado, en HCD y epigastrio, que no relaciona con nada y en ocasiones condiciona disminución de la ingesta, saciedad precoz, sin pérdida ponderal. Sin náuseas, vómitos, ni otra clínica asociada.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Afebril, TA 155/75mmHg, SatO₂ 98%.
- Buen estado general, bien perfundido e hidratado. Eupneico basal.
- No adenopatías palpables.
- ACP: Rítmica a 70lpm, sin soplos. MVC.
- Abdomen levemente doloroso a la palpación profunda en epigastrio. Sin visceromegalias. Peristaltismo conservado.
- Miembros inferiores sin edema, ni signos de TVP.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Hemograma: 6 700 leucocitos con fórmula normal. Hb 15,9 (VCM 99), 159 000 plaquetas.
- Bioquímica: Glu 137, Urea 42, Cr 0,9 (FG 84), GOT/GPT/FA/GGT 16/20/59/22, PT 7, Ca 9.2, P 3.3, LDH 161. BRT 0,94. Inmunoglobulinas IgG, IgA e IgM normales. Alb 4,5, Na 142, K 4,5, Cl 142. PCR – y TSH normal.
- Met. Férrico: Fe 90, Tranferrina 264, Ferritina 198, IST 34%.
- Coagulación: TP 100% e INR 1.
- Marcadores tumorales: **CEA 6.01**, B2MG, Ca 19.9, AFP, Ca 72.4, NSE negativos.
- Electrocardiograma: RS a 65 lpm. PR 170ms. QRS +20°. QSVI y V2.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. ECOGRAFÍA ABDOMINAL.



En lóbulo hepático derecho (segmento VI aproximadamente) **3 imágenes de 2,27 cm, 1,23 cm y 1,45 cm.** A nivel aproximado sobre la cabeza del páncreas se observa una **imagen hiperecogénica sólida no vascularizada** de 6,9 x 7,35 cm que se apoya en la vena cava. Es una lesión ocupante de espacio que no se consigue visualizar si corresponde a cabeza de páncreas. Riñones de tamaño y posición normal. Parénquima conservado. No litiasis. Hiperplasia prostática. Vejiga sin lesiones groseras.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.TC ABDOMINAL.

Hígado de atenuación **homogénea**. En cúpula hepática segmento II se identifica una lesión de **baja atenuación mal definida** de 1 cm, otra en segmento VII de 1,1 cm y otras 3 en segmento VI, la de mayor tamaño de 2,2 cm. Clips quirúrgicos de colecistectomía.

En hilio hepático se observa una **masa heterogénea de baja atenuación** con zona central de menor atenuación probablemente por necrosis y con vasos filiformes en su espesor; presenta unos diámetros de 7 cm en anteroposterior x 5,6 cm en transversal x 7,3 cm en craneocaudal. Esta masa impronta sobre la cava y la desembocadura de venas suprahepáticas en la misma y se sitúa craneal a la vena porta. **No parece tener dependencia del páncreas ni de la segunda porción duodenal**. Mínima ectasia de vía biliar intrahepática. Bazo normal. Páncreas, suprarrenales y riñones sin alteraciones. Ateromatosis del eje aortoiliaco. Hipertrofia prostática que impronta en suelo vesical. Vejiga sin alteraciones. No se identifican adenopatías mesentéricas, retroperitoneales ni en cadenas iliacas.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. LESIONES BENIGNAS.

■ HEMANGIOMA HEPÁTICO:

- Lesión **benigna más frecuente.**
- La mayoría se diagnostican entre los 30 y 50 años. Más frecuentes en **mujeres.**
- Más frecuente lesión **solitaria**, aunque se pueden dar varios a la vez.
- El diagnóstico suele ser casual, no da síntomas.
- NO precisa tratamiento, ni seguimiento.
- **Hipervascular, con realce.**

■ HIPERPLASIA NODULAR FOCAL:

- Generalmente **lesión única, asintomático y pequeño.**
- **Mujeres**, entre 30-40 años.
- Suelen ser lesiones más definidas.
- **Hipervascular, cicatriz central.**

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. LESIONES BENIGNAS.

■ ADENOMA HEPATOCELULAR:

- Lesión benigna poco común.
- Típicamente solitaria.
- Sobre todo en mujeres jóvenes, entre 30-40 años.
ACOs.
- Mayor riesgo en pacientes con sd metabólico.
- Se asocian a dolor o molestias en abdomen superior.
- Hipervascular, con cápsula.

■ NÓDULOS REGENERATIVOS:

- Aparecen en respuesta a lesiones y son complejos proliferativos de hepatocitos y estroma.
- Típico en cirróticos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. LESIONES BENIGNAS.

■ **ABSCESOS HEPÁTICOS:**

- Dolor en HCD.
- Fiebre, escalofríos y tiritona.

■ **QUISTES HEPÁTICOS:**

- Podrían corresponderse por imagen. Requeriría comparación con estudios previos.

■ **HEPATITIS/CIRROSIS:**

- Pueden presentarse con alteración de la atenuación hepática.
- No se manifiesta como masas sólidas.
- Elevación de PFH.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. LESIONES MALIGNAS.

■ CARCINOMA HEPATOCELULAR

- Tumor primario hepático más frecuente, en contexto de enfermedad hepática.
- Pacientes con cirrosis. Asociado a **VHC y alcohol** en países desarrollados y a **VHB** en subdesarrollados.
- Otros FdR: **hemocromatosis, VIH, aflatoxina, obesidad, DM y sd. Metabólico...**
- Relación hombres/mujeres 2:1.
- Se presenta con dolor abdominal, masa en HCD y ascitis si está diseminado. Aunque actualmente suele ser un hallazgo casual en ecografía.
- **Hiperdenso en fase arterial + hipodensido (lavado precoz) en fase venosa.**

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. LESIONES MALIGNAS.

■ CONLANGIOCARCINOMA

- Tumor más frecuente de VB.
- Mayor incidencia en hombres, en la 5ª-7ª década.
- Suelen encontrarse por casualidad en fases tempranas.
- Principales FdR: **CBP** y **enfermedad hepática fibropoliquística**, parasitosis biliar, anomalías congénitas, CU...
- Colangiocá hiliar/tumor de Klatskin: síntomas obstructivos.

■ ENFERMEDAD METASTÁSICA.

- Tumor maligno más frecuente en países occidentales. **Adenocá colorrectal**, **mama**, **pulmón** y **melanoma**.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- En busca de un tumor primario...
 - **Radiografía de tórax.**
 - **Colonoscopia.**
- Descartar primario hepático...
 - **ColangiRMN.**
 - **Biopsia hepática.**
- Según resultados...
 - **PET-TC.**
 - **USE.**
 - **CPRE.**





CASO CLÍNICO

13 de marzo de 2024

Lara Calvo Rubio

Sara Raposo García

EN RESUMEN...

- Varón 71 años.
- HTA. DM tipo 2. Dislipemia. Ingreso en 2018 por sepsis urinaria.
- Alteración en prueba de imagen (masa abdominal).
- Dolor episódico, condiciona a veces disminución de la ingesta. Saciedad precoz.

→ Sin síndrome general

ECOGRAFIA ABDOMINAL

Abd.-Renal

C6-2

23Hz

RS

2D

65%

Rango din. 48

P Baj.

ArmónGral

TISO.1

MI 1.0

ECOGRAFIA

M3



+ Dist 1.28 cm

14cm

Abd.-Renal

C6-2

23Hz

RS

2D

65%

Rango din. 48

P Baj.

ArmónGral

TISO.1 MI 1.0
ECOGRAFIA

M3



✦ Dist 1.45 cm

14cm

Abd.-Renal

C6-2

23Hz

RS

2D

65%

Rango din. 48

P Baj.

ArmónGral

TIS0.1

MI 1.0

ECOGRAFIA

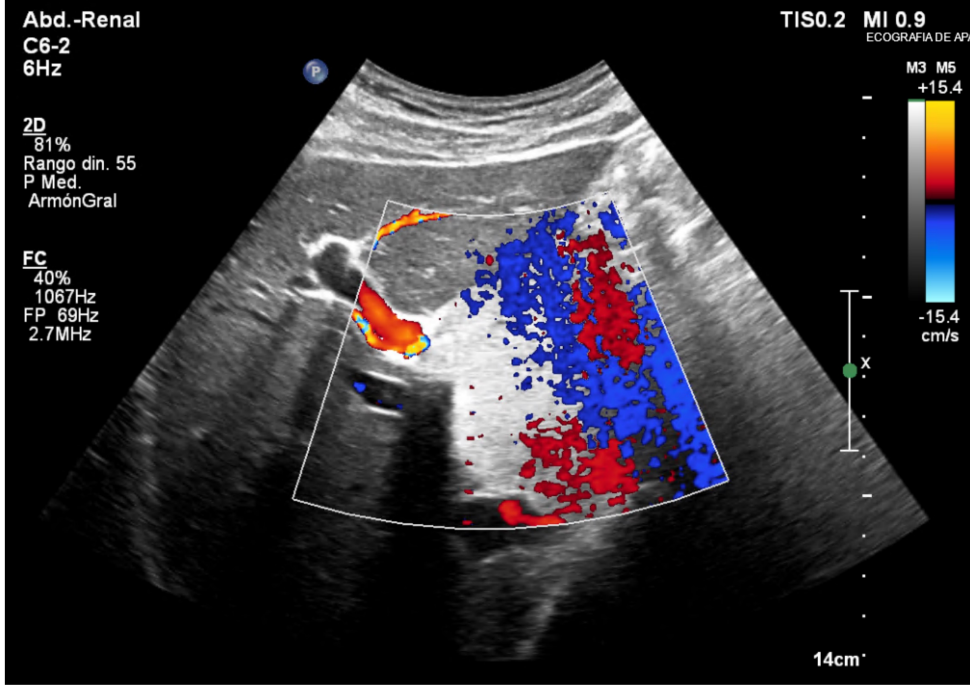
M3



+ Dist 1 5.84 cm

x Dist 2 5.59 cm

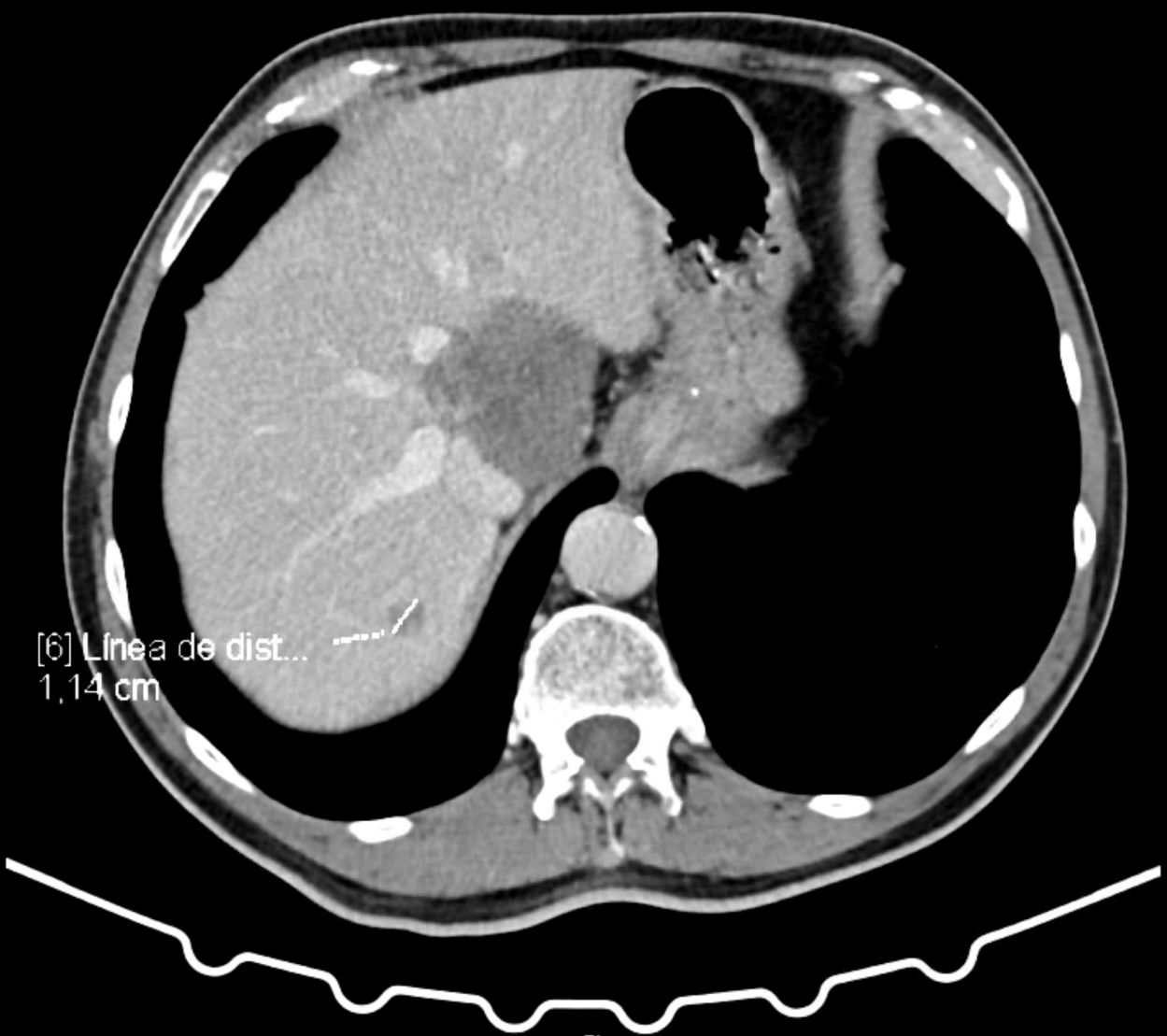
14cm



TAC ABDOMINA L

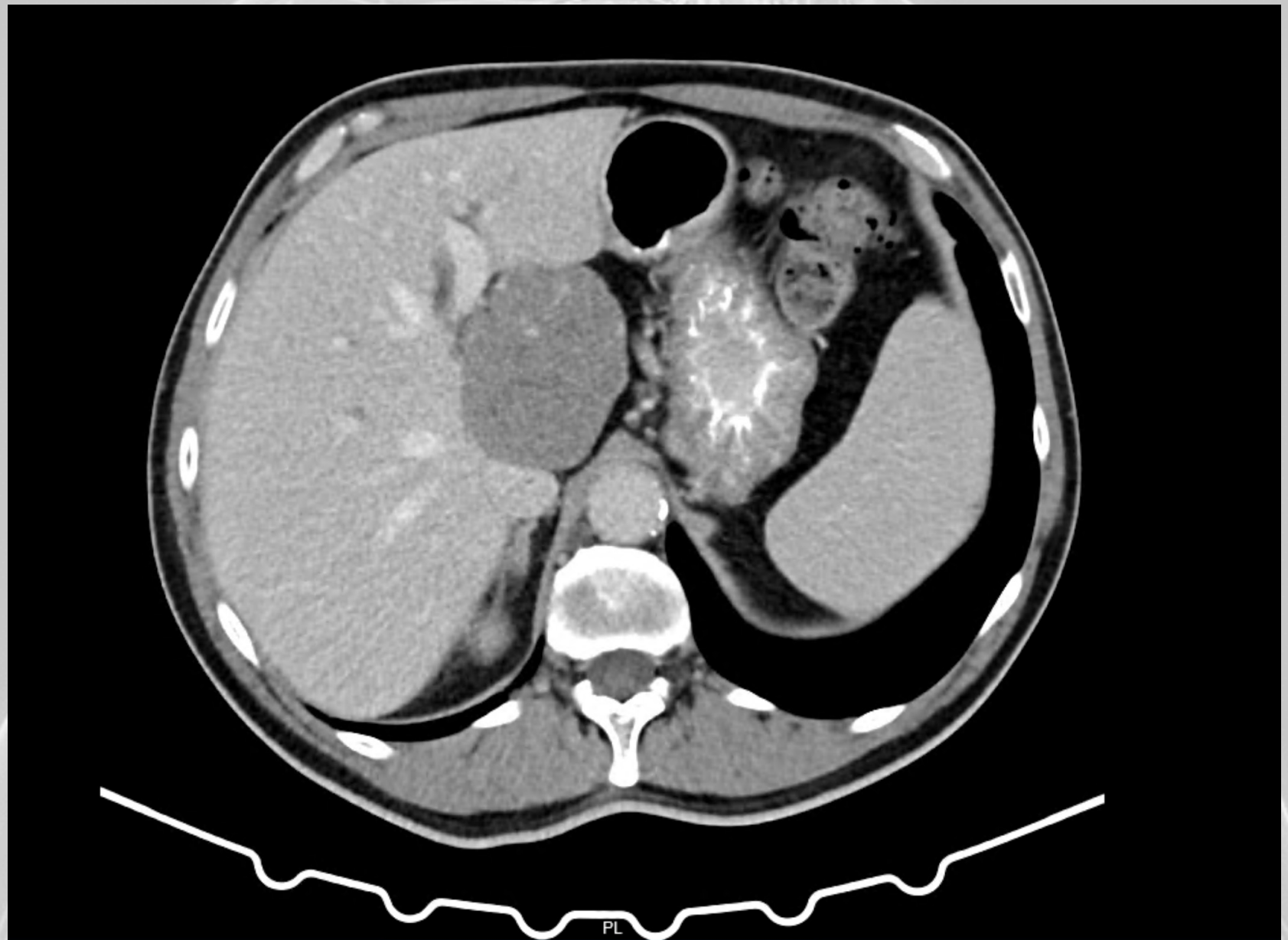


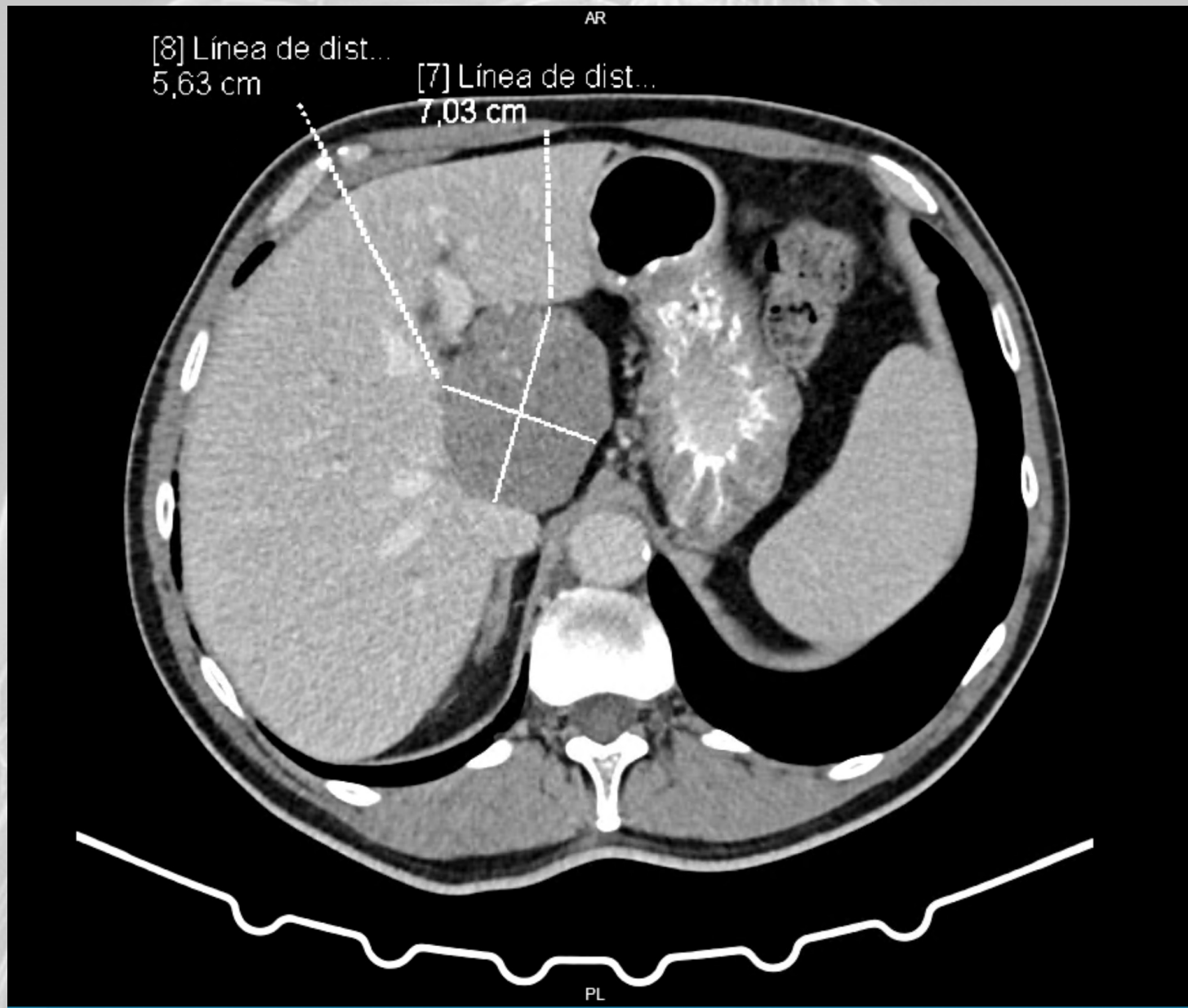
AR



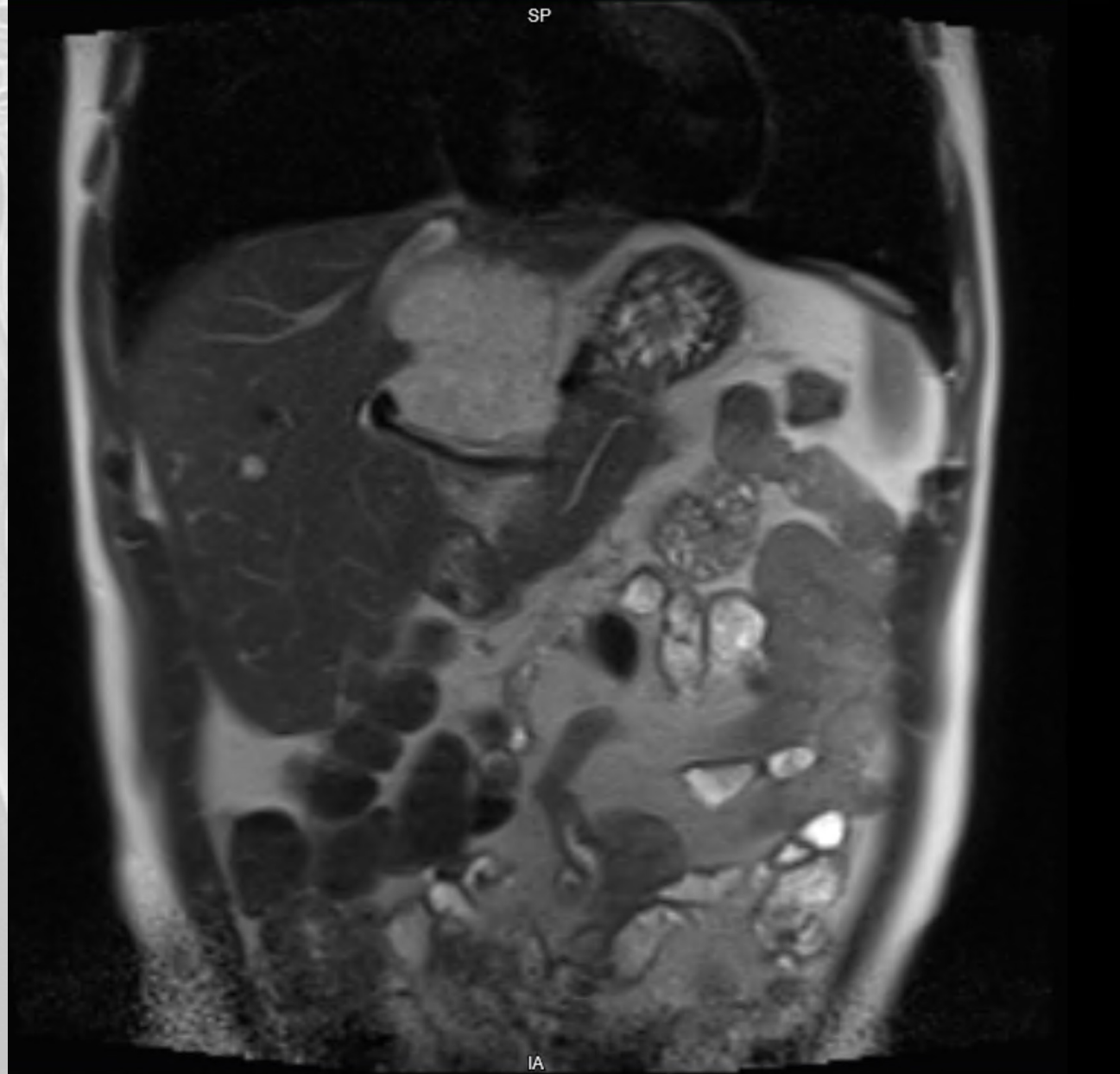
[6] Línea de dist...
1,14 cm

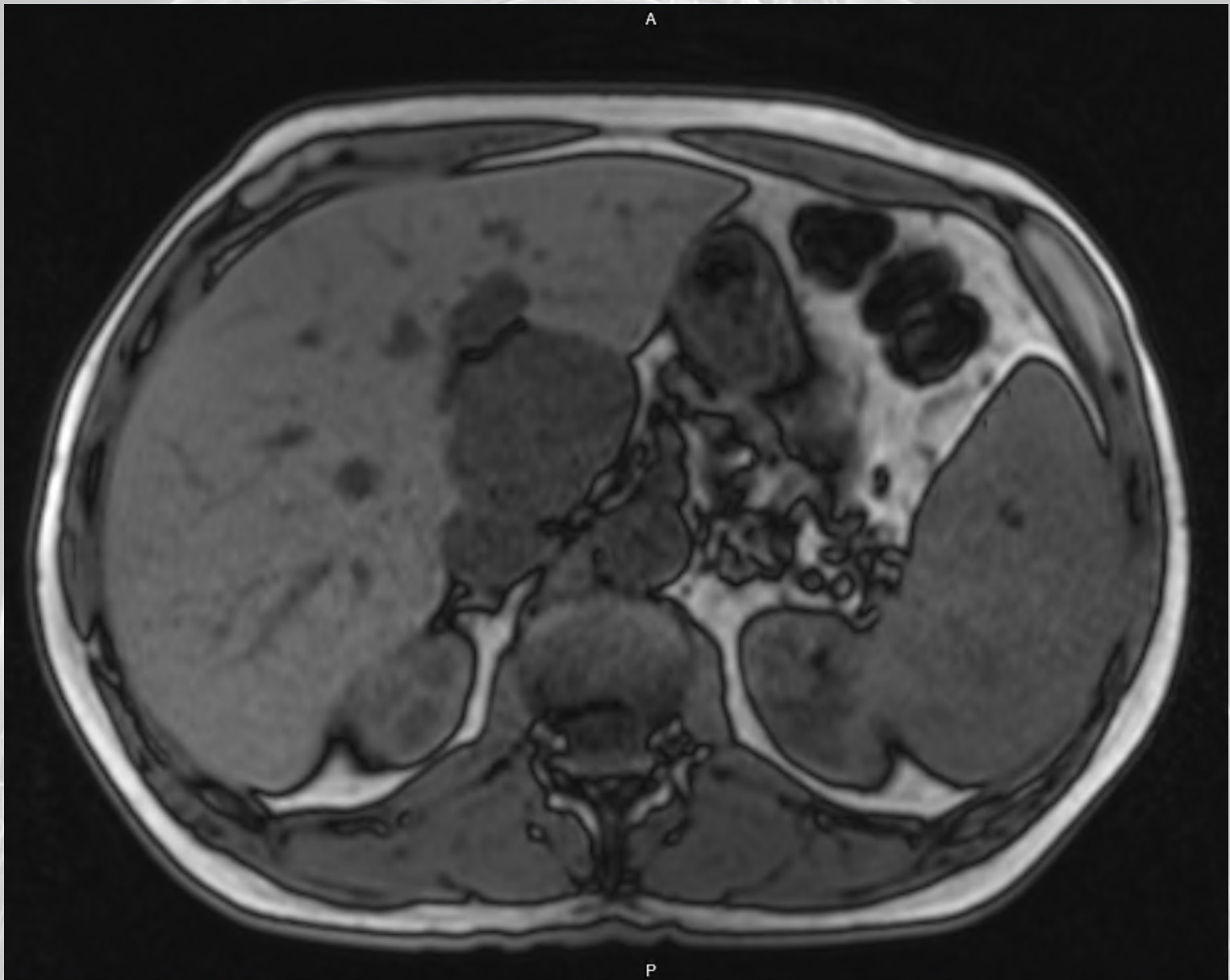
PL

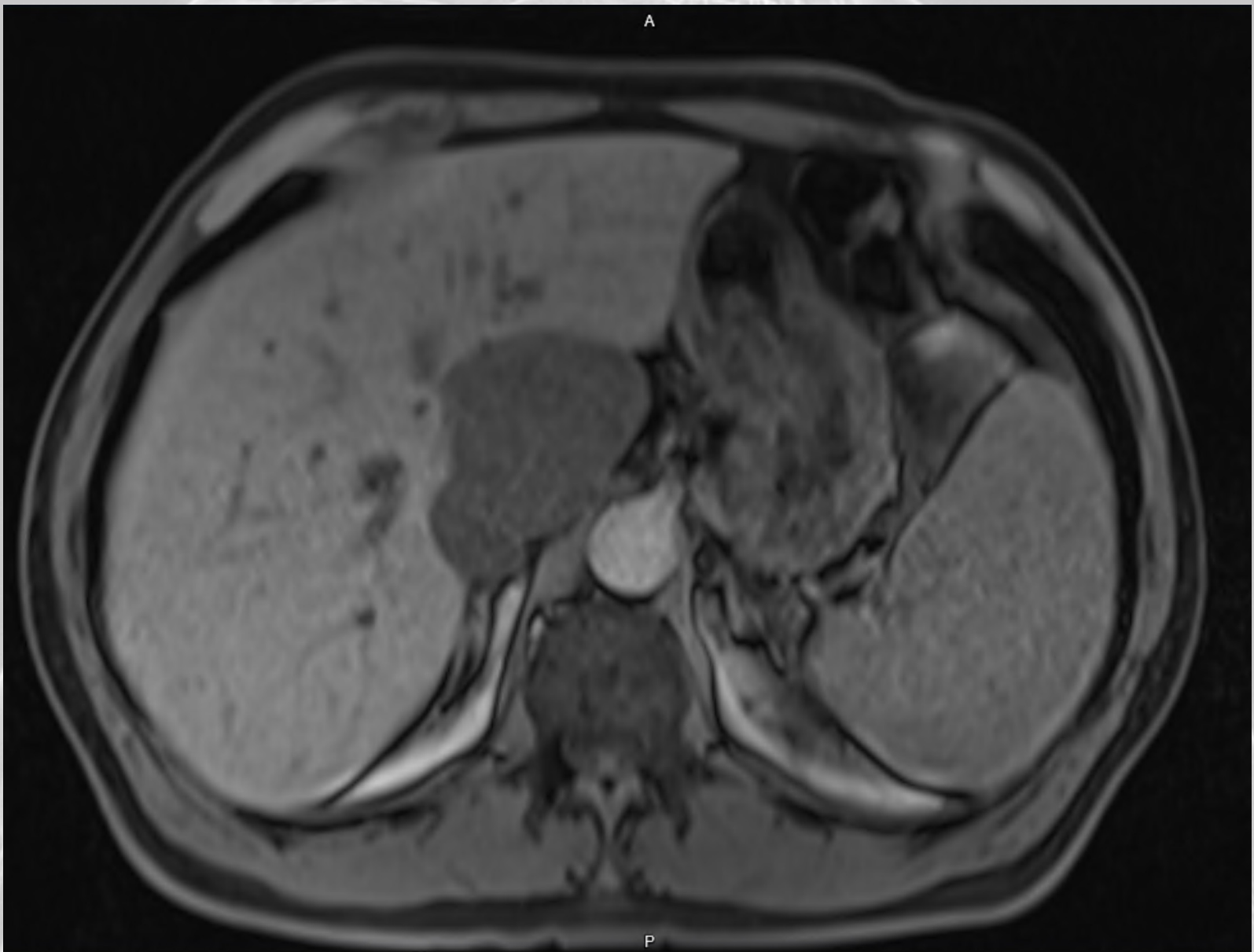


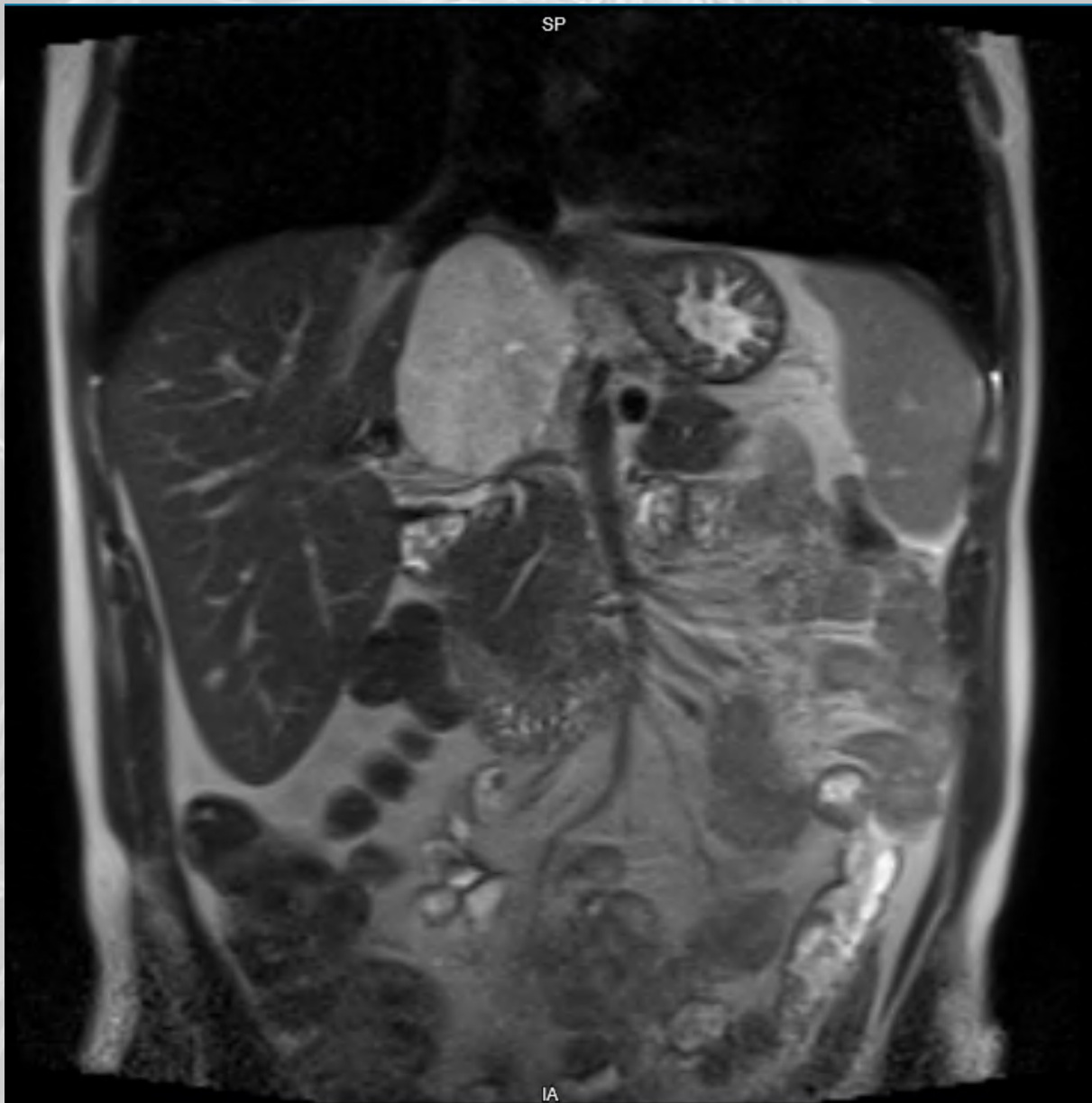


RMN ABDOMINA L

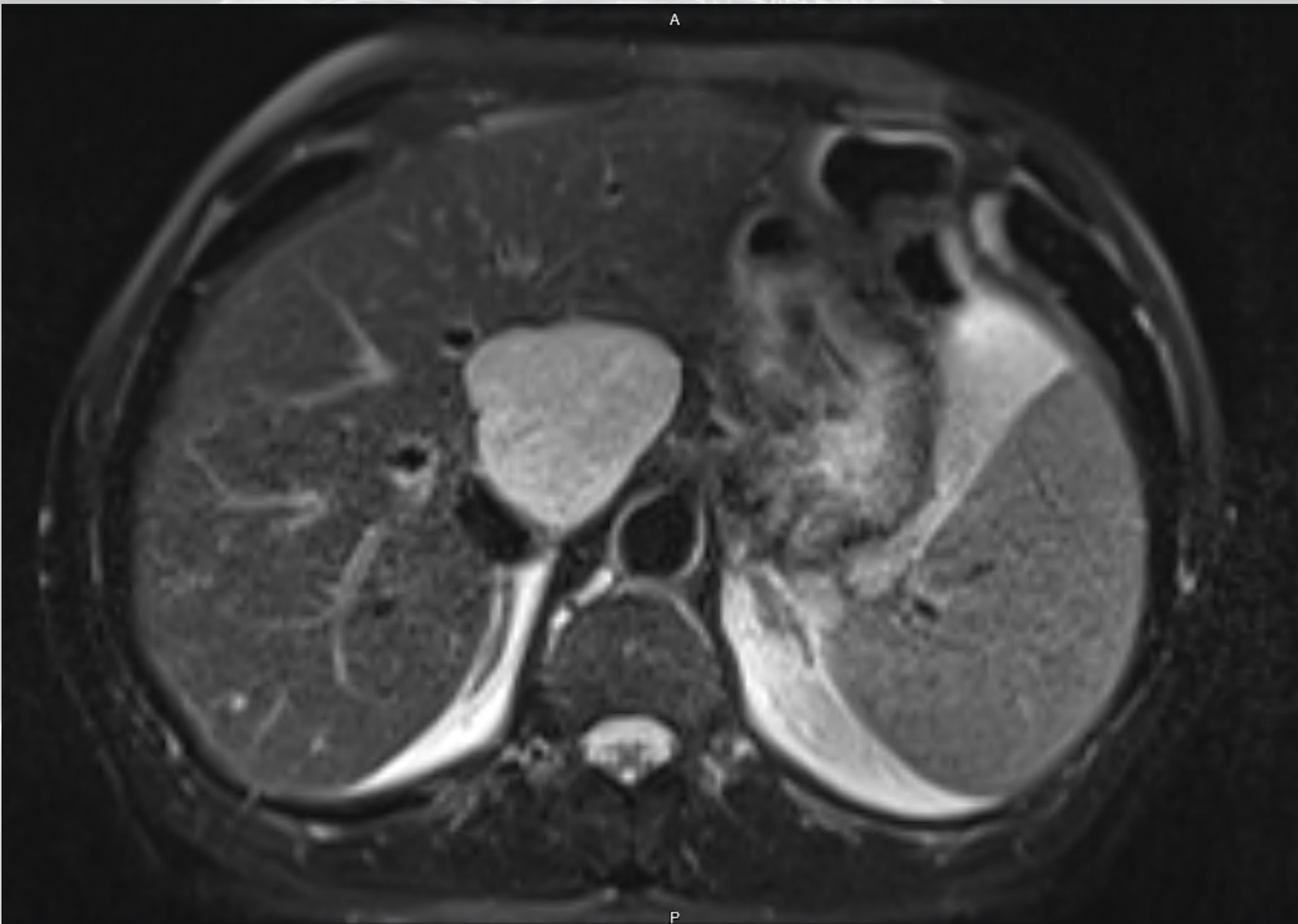








A

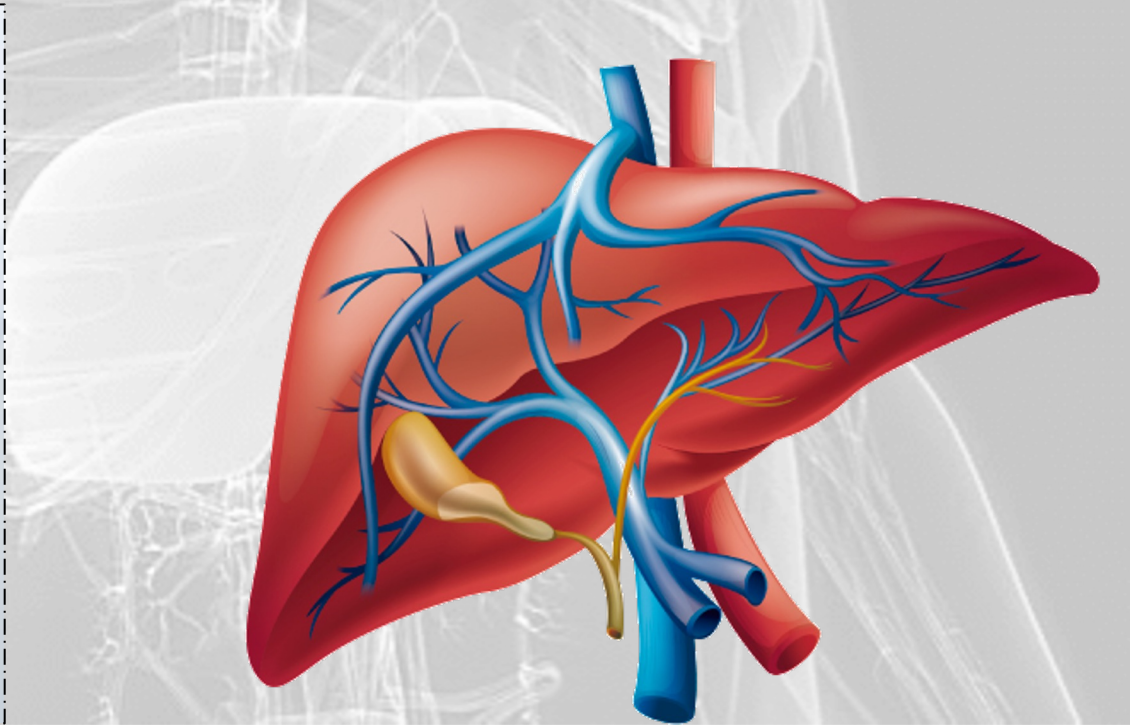


P



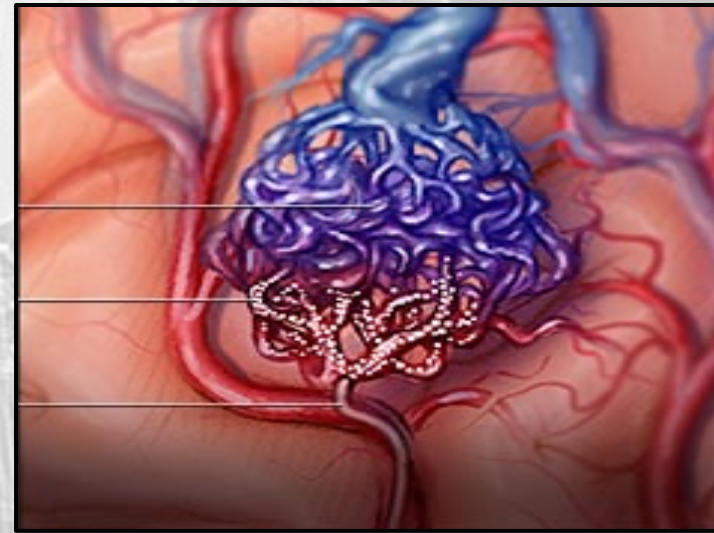
HEMANGIOMA HEPÁTICO GIGANTE

HEMANGIOMA HEPÁTICO



Epidemiología

- ✓ Lesión hepática benigna más común.
- ✓ Etiología: malformaciones vasculares congénitas que progresan.
- ✓ Prevalencia: 0,4 - 20% de la población.
- ✓ Mujeres (3:1) entre 30-50 años.
- ✓ La mayoría hallazgo casual.



Hemangiomas hepáticos gigantes

- ✓ Tamaño > 4 cm.
- ✓ 10% de todos los hemangiomas.
- ✓ Más frecuente en mujeres.



Sintomáticos (40%)

- DOLOR ABDOMINAL.
- Saciedad precoz, náuseas, vómitos.
- Hemoperitoneo por rotura.



Síndrome de Kasabach-Merritt

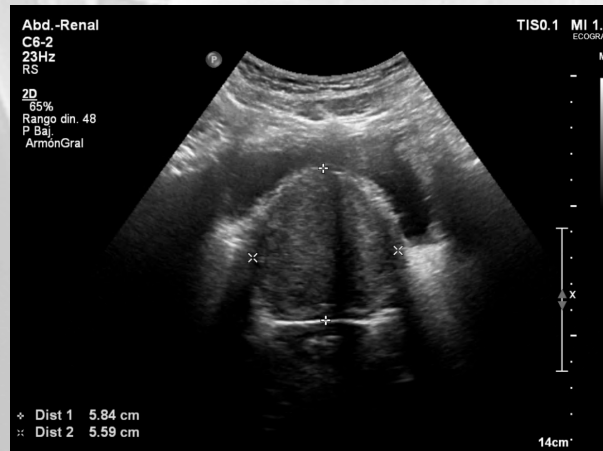
- Hemangioma de crecimiento rápido, extenso e invasivo + trombopenia grave.
- Hemorragias.
- Tto: corticoides, quimio, RT, inmunoterapia, Cx...



Diagnóstico

DIAGNOSTICO POR ECOGRAFIA SI SE CUMPLEN...

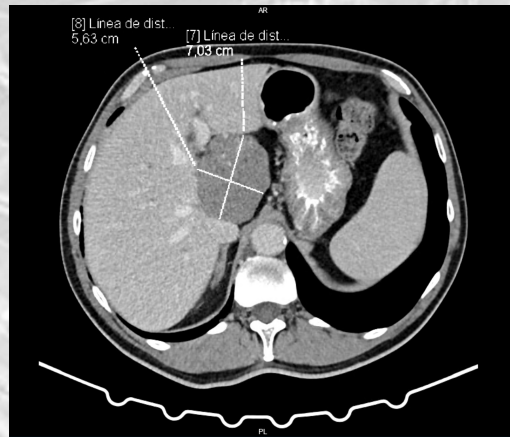
- Características típicas: margen homogéneo, hiperecoico y bien delineado.
- Lesión < 3 cm.
- Sin antecedentes de cirrosis o neoplasia extrahepática.



Diagnóstico

TAC con contraste:

- Realce nodular periférico en la fase temprana.
- Patrón centrípeto o de “relleno” en la fase tardía.

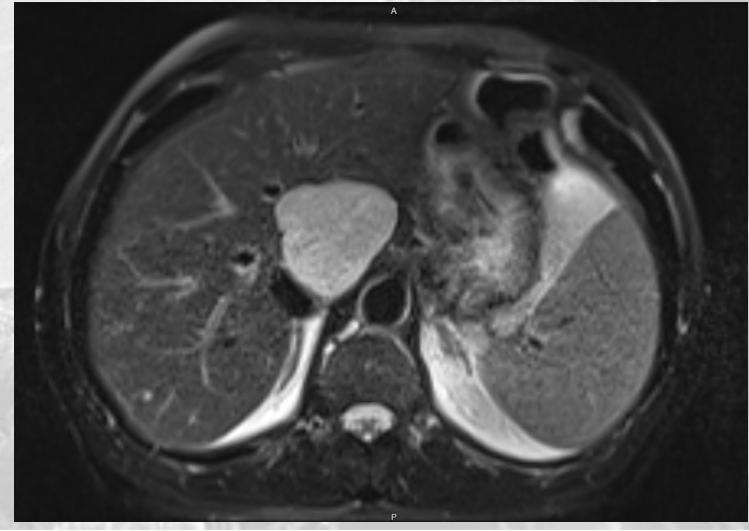
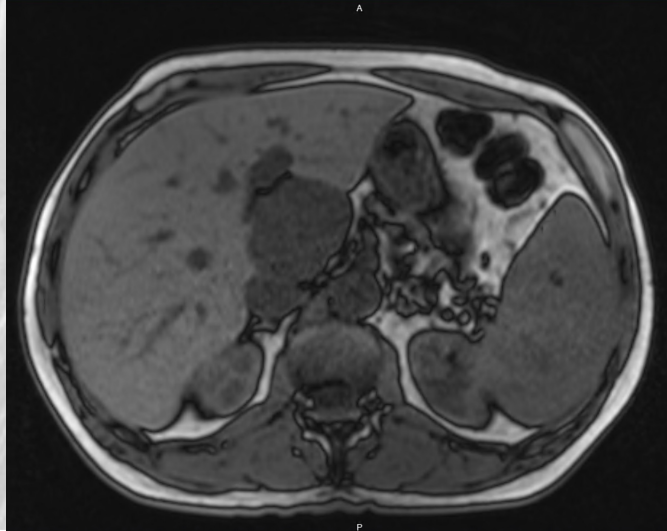


Se observa **ausencia de realce** en hemangiomas con grandes áreas quísticas o tejido cicatricial.

Diagnóstico

RESONANCIA con contraste:

- ♦ Masa lisa, bien delimitada y homogénea.
- ♦ Intensidad de señal baja en T1.
- ♦ Hiperintensa en las imágenes ponderadas en T2.



Tratamiento



Pacientes **ASINTOMÁTICOS**:

- Si tamaño **< 4 cm** no se realizan más estudios.
- Si tamaño **> 4 cm**: RNM a los 6-12 meses.
 - ✓ Si estabilidad (tasa de crecimiento ≤ 3 mm por año), no realizar más estudios.
 - ✓ Si la lesión parece estar creciendo a un ritmo > 3 mm por año ---> vigilancia con resonancia magnética en 6 a 12 meses.

Si no progresa, suspender estudios de imagen.



Si continúa creciendo, valorar Cx.



Tratamiento

Pacientes **SINTOMÁTICOS**:

- Si síntomas persistentes, valorar intervención.
 - La decisión se basa en la gravedad de los síntomas y el tamaño de la lesión.
-
- Resección hepática (embolización arterial previa si > 10 cm).
 - Enucleación.
 - Ablación por radiofrecuencia en los HHG.

