

### Caso clínico

#### Resultados de analítica de empresa

Mártires Aroca Caballero, Carmen Ortega González, Rocío Álvarez Nido, Aitana Robledo Sánchez-Guerrero, Raúl Sánchez González, Mercedes Figueroa Martín-Buitrago

Centro de Salud San Blas. Parla (Madrid)

Varón de 60 años de edad, sin antecedentes médicos de interés y sin tratamiento activo.

Acude a consulta por haber presentado niveles elevados de transaminasas (GPT 40 U/l, GGT 599 U/l, fosfatasa alcalina 117 U/l) en una analítica realizada en su empresa; tras ello se le insta a que acuda a su médico de familia para estudio.

El paciente se encuentra asintomático. Durante la exploración el abdomen presenta un aspecto globuloso y es blando e indoloro con la palpación.

Se decide repetir la analítica para comprobar las cifras de transaminasas y se completa el estudio con serología y marcadores. Además se le programa para realizar exploración ecográfica.

En la nueva analítica encontramos GGT de 456 U/l, GOT 46U/l, GPT 55U/l, fosfatasa alcalina 124 U/l, serología negativa para virus hepatotropos y alfa-proteína igualmente negativa.

En el momento de la realización de la exploración ecográfica se identifica una imagen mal definida, con distintas densidades, en la que no se puede visualizar ninguna estructura; ocupa toda la pantalla y llega a hacer pensar que nuestra sonda está averiada (figura 1).



Figura 1.

Tras varios intentos fallidos de localizar alguna imagen que sirva de referencia, se decide cambiar al paciente de postura. Ahora encontramos una imagen anecoica, de bordes regulares y lisos, que ocupa toda la ventana ecográfica y es compatible con quiste hepático simple como primera opción diagnóstica (figuras 2 y 3).

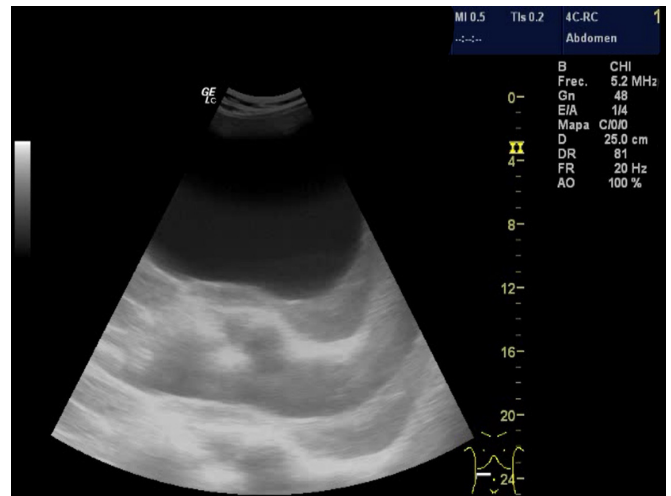


Figura 2.

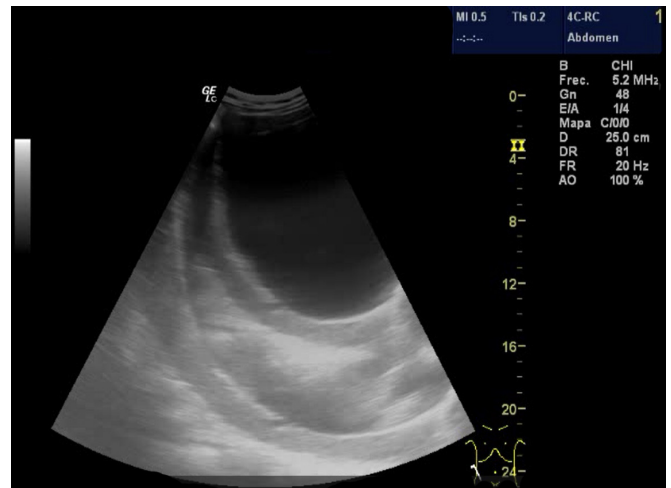


Figura 3.

Debido al gran tamaño de la estructura, se decide contactar telefónicamente con el Servicio de Digestivo del hospital de referencia para concertar una consulta preferente.

En dicho Servicio se confirma por resonancia magnética la presencia de una gran lesión, con diámetro transversal de 25 cm, antero-posterior de 18 cm y cráneo-caudal de 25 cm; se extiende por la práctica totalidad de la cavidad abdominal, y parece ocupar los segmentos hepá-

ticos superiores, desplazar las estructuras abdominales y sobre elevar el hemidiafragma. Todo ello compatible con el diagnóstico de quiste hepático simple (figura 4).

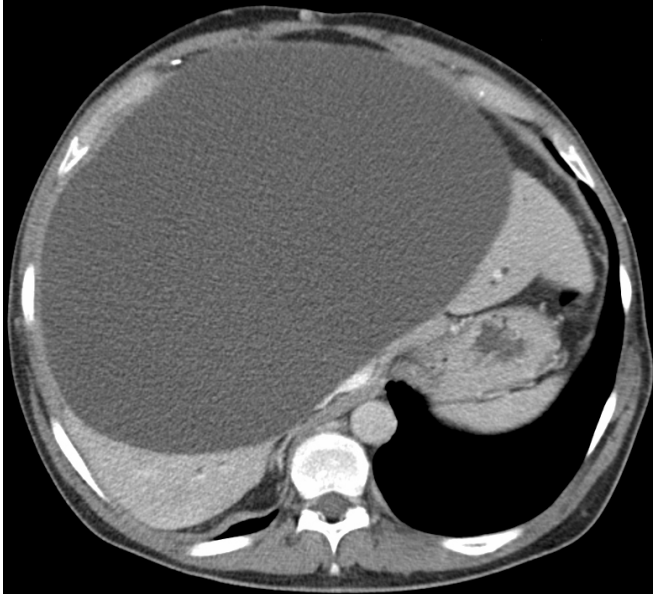


Figura 4.

## COMENTARIO

Se denomina quiste a cualquier tipo de lesión que esté llena de líquido. Frecuentemente suelen ser asintomáticas y habitualmente se diagnostican de forma casual al realizar exploraciones radiológicas por otros motivos.

No requieren tratamiento específico, salvo los de gran tamaño, que constituyen el 10-15 % de los casos. En estos se necesita ver la evolución por si precisan algún tipo de intervención posterior.

Cuando son grandes (mayores de 4-5 cm) pueden ser sintomáticos y producir dolor abdominal (por distensión de la cápsula de Glisson), saciedad precoz o náuseas.

En estos se pueden utilizar diversas modalidades terapéuticas, ya sean no quirúrgicas (punción y aspiración percutánea del quiste, con o sin la inyección de sustancias esclerosantes) o quirúrgicas (como la fenestración, quistectomía, resección hepática o incluso el trasplante)<sup>1</sup>. En pocas ocasiones un quiste grande puede complicarse con hemorragia, torsión, infección o ruptura<sup>2,3</sup>.

Los más frecuentes son los quistes hepáticos simples. Tienen una pared fina, casi imperceptible, y no se comunican con la vía biliar. Cuando aparecen cuatro o más imágenes se habla de enfermedad poliquística y puede acompañarse de lesiones en otros órganos como riñón, bazo o páncreas. En otras ocasiones son producidos por un parásito (*Echinococcus granulosus*); en este caso se les denominan quistes hidatídicos hepáticos.

El diagnóstico diferencial más importante es con los quistes complejos. En estos encontramos hemorragias (pueden producir calcificaciones) y tabiques gruesos, y dentro de su luz pueden aparecer zonas de sangrado. Entre ellos cabe destacar los abscesos hepáticos, las metástasis quísticas y los hematomas hepáticos<sup>4,5</sup>.

La ecografía es la prueba de elección para el diag-

nóstico del quiste hepático simple. En ella aparece como una imagen anecoica, sin septos, de paredes imperceptibles y con refuerzo acústico posterior<sup>6</sup>.

El seguimiento también se hace con ecografía; se revisará durante 2-3 años: si la lesión permanece estable no precisara más controles.

En el caso que nos ocupa, debido a su presentación asintomática y descubrimiento casual al estudiar las alteraciones en las transaminasas, no se pudo realizar un diagnóstico precoz y por ello, seguimiento ecográfico del mismo, lo que hubiera podido evitar que alcanzase un tamaño tan importante. Su resolución se logra a través de medidas no quirúrgicas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gentilem DI. Hallazgo incidental de un quiste hepático no parasitario gigante. *Rev Med Chile*. 2012;140:954-55.
2. Ortiz J, Gracida NI, Sánchez R, Reyes MP. Quiste hepático no parasitario. *Cirujano General* 2002;23:326-34.
3. Cugat andorra E, Herrero Fonollosa E. Tratamiento quirúrgico de los tumores hepáticos benignos. *GH Continuada* 2009; 8:22-7.
4. Fernández V, Paz C, Gómez-Ulla D, Graña S. Apuntes de ecografía del hígado (III): lesiones focales. *Habilidades en Terapéutica* 2009;16:48-59.
5. Asociación Española de ecografía Digestiva, Atlas de ecografía. Capítulo 1: Hígado. Disponible en: [ecodigest.net/atlas\\_ecodigest.php](http://ecodigest.net/atlas_ecodigest.php)
6. Moreira VF, López San Román A. Quistes hepáticos en el adulto. *Rev Esp Enferm Dig*. 2010;102:143.