

### Caso Clínico

#### Hepatomegalia con sorpresa

Silvia Monjas García, Rocío Ruiz Huertas, Carlos F. González García, Ana Ballarín González.

Centro de Salud El Greco, Getafe.

Se trata de un varón de 72 años con antecedentes personales de HTA, DM tipo 2, DL, adenocarcinoma de próstata intervenido, colitis ulcerosa estable y herniorrafia inguinal bilateral. En tratamiento con enalapril, metformina, vidagliptina y omeprazol. Natural de una zona rural de Toledo, actualmente con domicilio en Getafe. Acude a su médico de Atención Primaria por dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho de 24 horas de evolución. Asocia un vómito sin productos patológicos, febrícula, astenia y anorexia, sin otros síntomas.

En exploración física se observa hepatomegalia dolorosa a 3 cm del reborde costal. No presenta dolor abdominal a otros niveles, ni ictericia. Afebril en el momento de la exploración con constantes vitales normales. Se solicita analítica sanguínea y ecografía abdominal.

La analítica no muestra alteraciones, incluyendo perfil hepato-biliar. El paciente dada la persistencia de la sintomatología acude al Servicio de Urgencias siendo dado de alta, tras una nueva analítica normal y con analgesia, con juicio clínico de dolor abdominal inespecífico.

Ante la demora para la realización de la ecografía en el Servicio de Radiología se decide hacerla en Atención Primaria, con el fin de descartar patología aguda y orientar el cuadro clínico.

#### EXPLORACIÓN ECOGRÁFICA

Se visualizan dos LOES hepáticas de ecogenicidad heterogénea, redondeadas, de contorno bien definidos y pared calcificada, la de mayor tamaño localizada en el segmento hepático VI de aprox. 12 x 13 x 14 cm. La otra lesión, de menor tamaño, localizada en segmento VIII y VII, de 5 x 6 cm. Vesícula biliar discretamente distendida con barro biliar en su interior sin datos de colecistitis. (Figura 1, Figura 2 y Figura 3).



Figura 1. Se observa en la LOE de mayor tamaño.

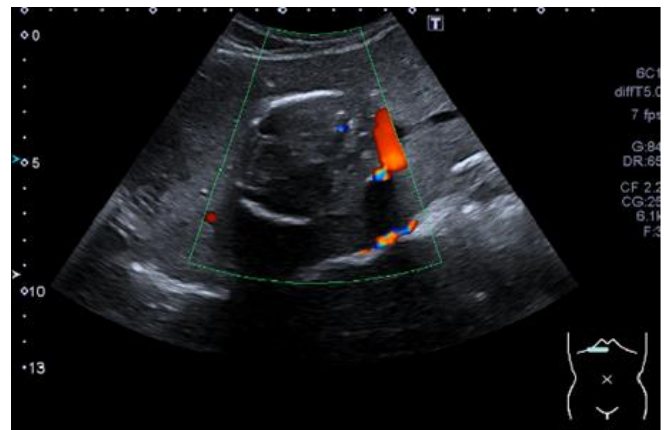


Figura 2. Misma LOE que en imagen anterior con efecto doppler



Figura 3. Se visualiza la LOE de menor tamaño.

## DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEFINITIVOS

Se realiza una derivación de forma preferente a consulta de Medicina Interna para completar el estudio de LOEs hepáticas, sugestivas a priori, de hidatidosis hepática. Se confirma el diagnóstico con nueva ecografía y TC abdominal, iniciando tratamiento oral con albendazol y siendo derivado a consultas de Cirugía General. Dado el buen estado general del paciente desestiman por el momento tratamiento quirúrgico.

Actualmente el paciente se encuentra en su domicilio, asintomático, con buen estado general, a la espera de revisión en consulta de Cirugía General.

## COMENTARIOS

La hidatidosis es una parasitosis zoonótica producida por cestodos *Echinococcus*, siendo de relevancia en España el *E. granulosus*. El hombre es un hospedador intermediario accidental que se infecta por la ingestión de huevos de parásitos presentes en alimentos, agua o suelo contaminados, o por contacto directo con animales huéspedes como el perro. La enfermedad presenta una alta prevalencia en los países de la cuenca mediterránea, suponiendo todavía un importante problema de salud en las zonas rurales de España.

La forma de presentación más frecuente son quistes abdominales, de predominio en hígado. En la mayoría de los casos se detecta de forma incidental, ya que raramente da síntomas, mediante ecografía, TC o RM abdominal. El tratamiento de elección es el quirúrgico mediante quistoperiquistectomía total. Está indicado ante la presencia de quistes de gran tamaño, infectados, que produzcan efecto masa, que se encuentren en localización anatómica vital o superficiales con riesgo de rotura. Como alternativa existe el tratamiento oral con albendazol o mebendazol, siendo más efectivo el albendazol en dosis elevadas, contraindicado en el embarazo.

Es preciso seguir haciendo hincapié en la prevención mediante el control sanitario de los perros, la manipulación de vísceras y la educación sanitaria, especialmente en el ámbito rural.

## CONCLUSIONES

Gracias a este caso, hemos podido revisar la patología y tenerla presente cuando realicemos una ecografía abdominal, principalmente si se trata de un paciente que haya vivido en el medio rural y refiera sintomatología concordante. Así mismo, lo tendremos en cuenta en el diagnóstico diferencial de las lesiones hepáticas al ser con frecuencia un hallazgo incidental.

La ecografía abdominal, disponible actualmente en Atención Primaria, permite acelerar el diagnóstico, pues la demora en Atención Especializada suele ser elevada. En el paciente que se presenta pudimos orientar el diag-

nóstico, derivándolo de forma temprana y evitando así futuras complicaciones, algunas de ellas mortales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar-Shea AL, Rodríguez-López F, Bernardo-Fernández T. Hidatidosis hepática: revisión de tres casos. *Semergen-Medicina de Familia* 2009; 35:281.
2. McManus DP, Zhang W, Li J, Barthey PB. Echinococcosis. *Lancet*, 362 (2003), pp. 1295-304. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14573-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14573-4)
3. Hidalgo M, Castillo MJ, Eymar JL. Hidatidosis hepática y abscesos hepáticos. En: Berenguer M, Bruguera M, García M, Rodrigo L, editores. *Tratamiento de las enfermedades hepáticas y biliares*. Madrid: ELBA S A, 2001. p. 301-10.
4. Sayek I, Tirnaksiz MB, Dogan R. Cystic hidatic disease: current trends in diagnosis and management. *Surg Today*, 34 (2004), pp. 987-96. <http://dx.doi.org/10.1007/s00595-004-2830-5>
5. Equinococosis. Nota descriptiva Abril 2016. Organización Mundial de la Salud (OMS). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs377/es/>