

CASO CLÍNICO 14
DICIEMBRE 2011

Cristina Ruiz Bayón
Residente Medicina Interna
Complejo Asistencial Universitario de León

Motivo de ingreso

Varón de 50 años que ingresa por síndrome general e ictericia

Servicio Medicina Interna
CAULE

ANTECEDENTES PERSONALES

No alergias medicamentosas conocidas.

No hábitos tóxicos.

Diabetes Mellitus de mas de 20 años de evolución, en tratamiento con Insulina Lantus 8 unidades al día.

No hipertensión arterial.

Síndrome de Down.

Epilepsia desde los 16 años, en tratamiento con Depakine 500/8h.

No antecedentes de hepatitis, tuberculosis, no cardiopatía ni broncopatía.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padre fallecido de muerte súbita.

Madre diagnosticada de Enfermedad de Alzheimer y diabética tipo 2.

Un hermano diagnosticado de DM tipo 2.

No antecedentes de neoplasia familiar.

ENFERMEDAD ACTUAL

Clínica de unas **tres semanas** de evolución de **astenia** intensa, anorexia, pérdida de peso no cuantificada.

En la última semana se añaden **edemas** en miembros inferiores, **ictericia** de piel y mucosas. Orinas colúricas. No refiere prurito. Molestias en epigastrio e hipocondrio derecho irradiado a espalda. No vómitos. No náuseas. No alteración del hábito intestinal.

EXPLORACIÓN I

TA 95/55. T^a 36,4°C

Consciente, orientado, colaborador. **Desnutrido.**
Ictericia cutáneomucosa.

Pares craneales normales.

Lengua seca depapilada. Dentadura en mal estado.
Latidos carotídeos simétricos. No bocio. No
ingurgitación yugular. No adenopatías periféricas
palpables.

Tórax: claro a la percusión, murmullo vesicular
conservado sin ruidos sobreañadidos. Cor: rítmico
100/m, no soplos.

EXPLORACIÓN II

Abdomen: globuloso, se palpa **hepatomegalia nodular** hasta epigastrio y a 5cm por debajo del reborde costal derecho. MH: 12cm. Hernia epigástrica a nivel supraumbilical. No bazo palpable. Peristaltismo intestinal positivo. Semiología de **ascitis**.

Extremidades inferiores: **edemas** con fóvea hasta rodillas. Pulsos positivos. No signos de trombosis venosa profunda.

No focalidad neurológica. No flapping tremor. No feto hepático.

ANALISIS I

Hemograma: Leucocitos 10.300 con 86% S. **Hb:9,6**
g/dl. Hto 27,2 % **VCM 113,4** Plaquetas 254.000
VSG 81 mm

Coagulación: actividad potrombina 99% INR 1,0

Bioquímica: glucemia 61, urea 59,6 ác. úrico 8,92,
creatinina 0,94, colesterol 297, triglicéridos 144,
ColesterolHDL 16, ColesterolLDL 252, **Bi T 3,79, Bi**
dir: 3,51, calcio 8,6 fósforo 4,4 **GOT 118, GPT 74,**
fosfatasa alcalina 582, GGT 609U/l, prots T6,6,
albúmina 2,55 Ionograma sin alteraciones.

ANÁLISIS II

Niveles de ácido fólico y vitamina B12 normales

Hb glicosilada A1C 5,6%

Marcadores tumorales:

CEA 22.931

PSA 0,03

Beta2microglobulinemia 4,74

Ca 12,5 996,8

Ca 19,9 17,8

Alfa fetoproteína 77,8

Ca 72,4 42,1

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

RX TÓRAX: sin alteraciones

ELECTROCARDIOGRAMA: RS trazado normal

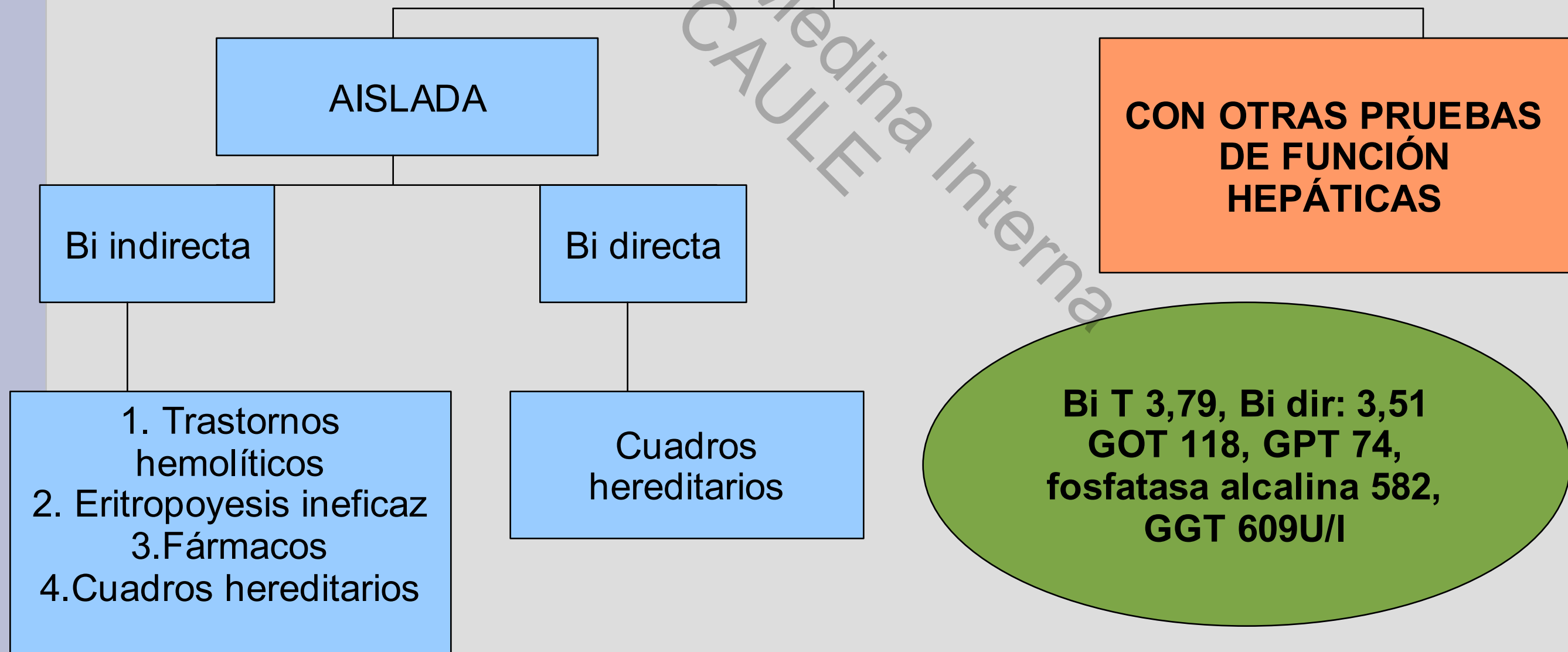
CAULE
Medina Interna

Resumen...

- Varón 50años
- Síndrome general e ictericia 3 semanas
- AP: Sd.Down, epilepsia, DM II
- Hepatomegalia nodular, ascitis, edemas en MMII

ICTERICIA

¿Elevación aislada de la bilirrubina sérica o acompañada de otras anomalías de las pruebas hepáticas?



ICTERICIA

Aumento de la bilirrubina y otros parámetros hepáticos

PERFIL HEPATOCELULAR

Elevación de ALT y AST (x10)
que no guarda relación
con el nivel de fosfatasa alcalina (x2-3)

1. Hepatitis víricas
2. Alcoholismo
3. Toxicidad por fármacos o drogas
4. Enfermedad de Wilson
5. Hepatitis autoinmunitaria

PERFIL COLESTÁSICO

Nivel de fosfatasa alcalina (> x5)
que no guarda proporción
con ALT/AST (< x5)

**GOT 118, GPT 74,
fosfatasa alcalina
582,
GGT 609U/l**

ICTERICIA CON PERFIL COLESTÁSICO

¿Intrahepática?
(Vía biliar no dilatada)

ECOGRAFÍA

¿Extrahepática?
?
(Vía biliar dilatada)

1. Hepatocelular:
 - a) hepatitis aguda (vímica, tóxica, etílica)
 - b) cirrosis
2. Defecto excretor
3. Lesiones de los conductos hepáticos
4. Compresión conductos intrahepáticos (cáncer primario o metastásico de hígado, granulomatosis hepática)

1. Neoplásicas (Colangiocarcinoma, Ca. Páncreas, Cá. ampolla de Vater, Metástasis (adenopatías hilio hepático))
2. Benignas (Coledocolitiasis, pancreatitis..)

ColangioRM

Síntomas asociados a ictericia:

- Fiebre: sugiere hepatitis aguda viral o colangitis, pero también tumores y crisis hemolíticas.
- La acolia y la **coluria** indican ictericia a base de bilirrubina directa con bloqueo de su paso al intestino (ictericia obstructiva hepática o posthepática)
- **Dolor abdominal**: sugiere obstrucción, generalmente por litiasis o tumor. También en las metástasis hepáticas y la hepatomegalia congestiva de la insuficiencia cardiaca. En las hepatitis agudas puede haber una cierta molestia en el área hepática, pero no dolor intenso.
- **Síndrome general**: sospechar tumor, sobre todo de páncreas.
- Hemorragia digestiva: hace sospechar tumor (gástrico, ampuloma) o hepatopatía crónica.
- Prurito: aparece en las ictericias obstructivas.
- Alteraciones neurológicas: llevan a pensar en enfermedad de Wilson (en jóvenes), cirrosis con encefalopatía hepática o tumor con metástasis hepáticas y cerebrales

ECOGRAFÍA ABDOMINAL

Múltiples lesiones ocupantes de espacio en hígado de aspecto **necrótico**, la mayor ocupa prácticamente la totalidad de lóbulo hepático derecho (12cm).

Litiasis biliar.

Riñones, bazo, vejiga, sin alteraciones.

Líquido encapsulado en todos los compartimentos intraabdominales.

LOES HEPÁTICAS

- Benignas:

- Hemangioma (hiperecogénicas)
- Adenoma hepatocelular (único-ACO, múltiples-colagenosis)
- Hiperplasia nodular focal

- Malignas:

- Carcinoma hepatocelular
 - Carcinoma hepatocelular sobre hígado no cirrótico
 - Colangiocarcinoma
 - **Tumores sólidos metastásicos**

METÁSTASIS HEPÁTICAS

Por su doble vascularización (portal y hepática) y por su tamaño donde más frecuentemente aparecen metástasis de tumores de otros órganos.

Las metástasis que con más frecuencia metastatizan al hígado son las de **estirpe carcinomatosa**; principalmente **gastrointestinales (colon)**; **pulmon** y mama siendo raras las de **melanomas**: las de tumores sarcomatosos presentan una menor incidencia siendo la mayoría de **linfomas o leiomiomas del tracto digestivo** y utero

Patrones ecográficos de las metástasis hepáticas

- **NECROSADAS:** sarcomas (**leiomioma**), tumores **carcinoide**s y carcinomas **muy anaplasicos**, durante el tratamiento quimioterapico o tras embolización de estos tumores. También en metástasis de tumores que producen un líquido seroso o mucinoso como los cistoadenocarcinoma productores de mucina (ovario, **páncreas, colon, estomago o vías biliares**)
- **HIPOECOGÉNICAS:** secundarias a cánceres de mama, pulmón, melanomas y algunos sarcomas (gran componente celular, poco tejido fibroso y pocos vasos neoformados).
- **HIPERECOGÉNICO** (en relación con vascularización y contenido fibroso y de mucina): tumor primario del tracto gastrointestinal (adenocarcinoma colo-rectal o carcinoide intestinal), **páncreas**, sistema urogenital o ginecológico. Si es única, debe sospecharse adenocarcinoma colorrectal o tumor carcinoide.
- **CALCIFICACIONES:** neoplasia primaria suele ser un tumor mucinosos (sobre todo colo-rectal, ovario, mama, estomago, **páncreas**, carcinoide, melanoma o tumor osteogénico).
- **LESIONES EN OJO DE BUEY O EN DIANA:** en metástasis de T-célula pulmonar.

<p>CEA (3 ng/ml) 22.931</p>	<p>Cáncer de colon, vejiga, mama, útero, ovario, cérvix Grandes fumadores, EPOC, Cirrosis hepática, Colitis ulcerosa. , Pancreatitis.</p>
<p>CA 12.5 996</p>	<p>Cánceres de ovario, útero, cérvix, páncreas, hígado y colon. Enfermedad inflamatoria pélvica y endometriosis. Peritonitis y pancreatitis. Pleuritis y hamartoma pulmonar. Menstruación y embarazo.</p>
<p>CA 19.9 (< 37 u/ml) 171,8</p>	<p>Cáncer colorrectal, páncreas, estómago y de vías biliares. Litiasis biliar, colecistitis, pancreatitis, cirrosis hepática.</p>
<p>Alfa feto proteina (< 10 ng/ml) 77,8</p>	<p>Carcinoma hepatocelular primario, cáncer de las células germinales ováricas, tumores testiculares no seminomatosos Hepatitis víricas, cirrosis</p>
<p>Beta-2-microglobulina (< 2 ,5 mg/l) 4,74</p>	<p>Mieloma múltiple, leucemia linfocítica crónica y algunos linfomas. Insuficiencia renal y hepatitis</p>
<p>CA 72-4 42,1</p>	<p>Cáncer ovárico, cáncer de páncreas, del tracto gastrointestinal (cáncer de estómago)</p>

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ESOFAGOGASTROSCOPIA: esófago normal. A nivel de incisura, vertiente de **cuerpo gástrico** hacia cara posterior existe una **ulceración de 1,5cm** de bordes pseudonodulares que **se biopsia**. A nivel antral **varias ulceraciones superficiales** recubiertas de fibrina. **En duodeno** a nivel de cara posterior de bulbo **gran ulceración**, profunda, probablemente penetrada y fondo fibrinonegruzco. Así mismo en cara anterior existe otro **ulcus** de menor tamaño más superficial. Segunda porción dudodenal normal.

☰ ¿Síndrome de Down y neoplasias?

- Mayor incidencia de leucemias, sobre todo megaloblasticas.
- Mayor incidencia de tumores de testículo (falta de descenso)
- Menor incidencia de tumores sólidos (gen DSCR en Cr.21 que inhibe la calcineurina)

Otros datos...

- Anemia macrocítica (Hb 9,6 g/dl, VCM 113):
 - Ác. fólico y vitamina B12 normales
 - Anemia mieloptísica: micrometástasis de carcinoma de médula ósea
- Edemas en MMII y ascitis
 - Hipoalbuminemia (2,55)
 - Carcinomatosis peritoneal

Diagnósticos más probables y pruebas complementarias

- Carcinoma de origen digestivo: Gástrico, I. Delgado, Colon
- Tumor carcinoide localizado en aparato digestivo (no rubefacción facial, ni diarrea...)
- Linfoma o leiomiosarcoma en tracto digestivo
- LDH, proteinograma, gastrina, cromogranina A, enolasa neuroespecífica, 5-HIAA
- Colonoscopia
- TAC toraco-abdomino-pélvico
- Biopsia lesión duodeno y resultado biopsia gástrica
- PAAF hepática => Biopsia tru-cut hepática

Bibliografía

Daniel S. Pratt, Marshall M. Kaplan. Ictericia **Capítulo 43. Harrison Principios de Medicina Interna 17^a Ed.**

Flórez J. ¿Protege el Síndrome de Down frente al cáncer? Revista Síndrome de Down Volumen 26, junio 2009

J. M. Segura Cabral, Segura Cabral J.M. y Col. Lesiones focales hepáticas. Ecografía abdominal Jose M^a Segura Ediciones Norma

E. Diaz-Rubio J. Garcia-conde Marcadores tumorales en el diagnostico del cancer. Oncologia Clinica basica.. Ediciones Aran