

Presentación de un Caso de Enfermedad Póliquística del Hígado

Dr. VIRGILIO CARDONA LÓPEZ

Paciente de 89 años, sexo femenino, viuda, salvadoreña, residente en El Paraíso, Departamento de El Paraíso, que ingresa a la Casa de Salud La Policlínica el 3 de VI, del 65.

S. P.: Dolor abdominal.

H. de la E.: Refiere la paciente que hace 4 día-, le comenzó fiebre con escalofríos, sudoración y hace 2 días dolor abdominal difuso, acompañado de náuseas y vómitos alimenticio-. No ha defecado desde hace 3 días y la orina es de color amarillo rojizo. Tiene anorexia y ha expulsado gases.

También refiere que desde hace 4 años tiene una tumoración abdominal del tamaño de una toronja, indolora, palpable en la región epigástrica a través de una marcada eventración que adolece desde hace muchos años. Desde que le empezó marcada eventración que adolece desde hace muchos años. Desde que le empezó

E:A:

Infancia: Enfermedades eruptivas.

Adulta: Resfríos, dolores óseos generalizados y bronquitis desde hace 3 meses.

H. Genital:

Menopausia a los 48 años. 6 embarazos de 9 meses.

R. de S.:

Apetito: disminuido. Sed intensa, sueño irregular.

Aparato circulatorio: Nada de particular.

Aparato respiratorio: Nada de particular.

Aparato urinario: Orina rojiza.

Aparato digestivo, lo expuesto en la anamnesis.

Sistema nervioso: Nada de particular.

Examen físico:

P.: 90. P. A. 180/100, R: 25/min. T: 38.2° C.

Aparato respiratorio: Nada de particular.

Abdomen: Distendido, globuloso por eventración marcada, depresible sin ruidos intestinales.

Hígado y Bazo: Nada de particular. Genitales: Nada de particular. Miembros: Nada de particular. Examen ginecológico: Nada de particular.

Exámenes de laboratorio 3 de junio de 1965.

CO₂: 16.6 mEq. pH: 7.2. Na: 121 mEq. K: 3.9 mEq; Cl: 98. 2 mEq; Glicemia: 100 mgs. NNP: 69 Mgs. %; Creatinina: 2.95 Mgs.

4 de junio de 1965

CO₂: 22.6 mEq. Ph: 7.4; Na: 141.8. mEq. K: 4.5 mEq. Cl: 107 mEq.

G. R.: 4.600.000. G. B.: 14.650. N: 89%; M: 1%; L: 10%.

Plaquetas: 228.000. Hb: 14 grms. (90%).

Orina: Albúmina +; Glucosa: Neg. D: 1013. G. R.: O. Leucocitos: escasos. Epitelios: +; Acetona: Neg.; Rx de Tórax: Campos pulmonares: libres.

Rx de Abdomen: Se observa una masa proyectándose en el epigastrio. Hay moderada distensión de asas de intestino delgado y pequeño nivel fluido en las mismas.

Curso Hospitalario

Durante su hospitalización el estado general de la paciente empeoró, considerándole varios diagnósticos como 1) Quiste de páncreas o mesenterio. 2) Síndrome oclusivo de etiología a determinar. 3) Trombosis mesentérica. 24 horas después de su admisión se practicó una laparotomía exploradora encontrándose líquido abdominal hemorrágico con tinte café. Habían múltiples formaciones quísticas voluminosas invadiendo el tejido hepático sobre caras supero-inferior englobando la vesícula, la cual estaba edematosa y friable. La mayoría de los quistes multiloculares conteniendo líquido cetrino se encontraban en el lóbulo izquierdo. El quiste más grande se encontró roto, explicando la presencia del líquido libre intra-abdominal y el cuadro de íleo-reflejo. Se extirparon la mayoría de los quistes y casi todo el lóbulo izquierdo. (Dr. Gómez-Márquez).

Reporte Histopatológico. N^o S-694 (V)

Descripción Macroscópica. LMC de múltiples formaciones quísticas, multiloculares, redondeadas, todas pesando 500 gms. y midiendo entre 1 x 1 cms. hasta 12 x 12 cms. una de ellas completamente colapsada, con una pared hemorrágica y aparentemente inflamada, el resto contenía líquido amarillento. El tejido hepático medía 16 x 9 x 4 cms. de color café, blando y que en cortes demostraba pequeños espacios quísticos. 6 x

Descripción Microscópicas

Los cortes de las paredes quísticas revelan evidencia de infiltrado linfocítico y leucocitario. La superficie interna se encuentra tapizada por un epitelio cúbico no ciliado, con una sola hilera de células, pero que en ciertas áreas es estartificado. En estos cortes no hay evidencia de malignidad.

Diagnóstico:

Enfermedad Poliquística de Hígado con ruptura de uno de los quistes.

Después de la operación la paciente evolucionó aparentemente bien, sin embargo, 3 días después comenzó con disnea, agitación, distensión abdominal, ausencia de ruidos intestinales y mal estado general. Se encontró galope diastólico y se consideró una Embolia Pulmonar con insuficiencia cardíaca. La paciente fue digitalizada, sin embargo, el 8 de junio del 65, falleció repentinamente.

No se practicó autopsia.

Comentario:

Esta condición hepática es considerada por algunos autores como una enfermedad familiar, difusa, que afecta en un 50% los riñones y un porcentaje menor el páncreas, dejando un buen número de casos limitados al hígado. Hay a veces aneurismas de las arterias cerebrales.

Los síntomas de E. P. de H., como dolor abdominal y sensación de llenura, suelen comenzar entre los 40 a 50 años; y a veces existe obstrucción biliar e ictericia.

La histogénesis es análoga a la de la Enfermedad Poliquística del riñón.

Los quistes son múltiples y pueden medir hasta 20 cms.

Desde el punto de vista de diagnóstico diferencial se pueden considerar varios tipos:

- 1) Quistes Parasitarios;
- 2) Quistes Hamartomatosos;
- 3) Quistes Hemorrágicos;
- 4) Quistes causados por estasis biliar.
- 5) Quistes ciliados; derivados de entodermo desplazado;
- 6) Quistes teratoides y dermoides
- 7) Quistes linfáticos.

El diagnóstico histológico generalmente se hace determinando el tipo de epitelio que tapiza la pared del quiste y examinando el contenido líquido del quiste principalmente cuando se sospecha Equinocosis; ya que según el tipo de quiste depende el tratamiento el cual es básicamente aspiración del contenido y después extirpación de toda la pared.

En caso de Equinocosis, se aconseja evitar el derrame de líquido en la cavidad y se usan soluciones de formol con el objeto de destruir las escolices viables que puedan provocar recurrencia de la enfermedad.

El objeto de esta presentación es de reportar el primer caso de esta enfermedad en nuestro país, la cual de por sí es relativamente rara y hacer notar su importancia en el diagnóstico diferencial y tratamiento con respecto a otras tumores quísticas intra-abdominales.

REFERENCIAS

- 1) Case No 4631. New England Journal of Medicine. August 18, 1960: 263:7:353. B. Casleman.
- 2) Popper Y. Shaffner: Liver: Structure and Function. Pág. 588.