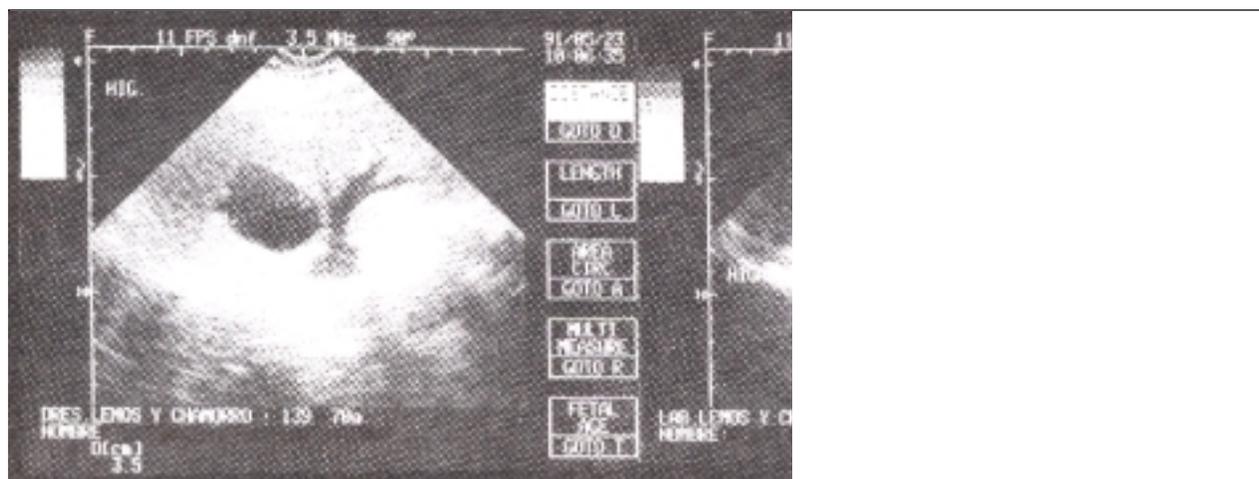


*Sección: El caso radiológico***El caso radiológico**

Carlos Chamorro-Mera, M.D.\*

**HAGA SU DIAGNÓSTICO**

Mujer de 72 años, en buenas condiciones generales y con examen físico normal. Acude a su médico para control de rutina. Ha sufrido úlcera duodenal que le han tratado en varias oportunidades y, en el momento de la consulta, se encuentra asintomática. Entre sus antecedentes figura además la presencia de una lesión de tipo quístico en el lóbulo derecho del hígado, descubierta por primera vez en 1986. La paciente tiene el hábito del tabaquismo de muchos años de evolución; las radiografías de tórax han mostrado sólo cambios compatibles con bronquitis. Acostumbra en los últimos años ir a Grecia donde vive una hija.

**POSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS**

1. Quiste hidatídico del hígado.

\* Profesor Titular, Departamento de Medicina Interna, Sección de Radiología, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

2. Hepatoma necrosado.
3. Quiste simple del hígado.

**DESCRIPCIÓN ECOGRÁFICA**

Se muestran dos ecografías: una practicada el 23 de mayo de 1991 y la última el 27 de abril de 1993. Hay una imagen anecoica en el lóbulo derecho del hígado, lesión única, de bordes bien definidos, fondo limpio, con muy buena transmisión posterior del sonido, sin tabiques. Está en estrecha relación con la rama derecha de las venas suprahepáticas que se nota un poco comprimida y desviada medialmente. En la primera ecografía tenía esta lesión un diámetro de 3.5 x 4 cm y en la segunda ecografía medía 4.3 x 4.5 cm. En los riñones, el páncreas y en el bazo no se encontraron lesiones similares.

**DISCUSIÓN**

1. El quiste hidatídico en Colombia no es frecuente. Por lo general son casos importados de países donde esta enfermedad es endémica como Argen-

tina, España, Irán, etc., aunque se han descrito casos autóctonos de la enfermedad hidatídica<sup>1,2</sup>. El aspecto ecográfico se basa en la demostración de las membranas que sobrenadan en el líquido contenido en el quiste, el denominado signo del camalote o del lirio de agua. Las membranas se pueden calcificar y las calcificaciones se demuestran en la ecografía como sombras ecogénicas que proyectan sombra acústica posterior muy fuerte. Asimismo las calcificaciones se pueden ver en las radiografías simples del abdomen a nivel del hígado con más frecuencia e igualmente en el bazo y en los riñones.

Las calcificaciones hepáticas más comunes son por granulomas y quiste hidatídico; los quistes hidatídicos se calcifican en 33%. El endoquiste contiene la capa germinal, escólices, y las vesículas hijas. La calcificación se presenta en el periquiste, que es una especie de cápsula formada por el tejido hepático comprimido<sup>3</sup>. El aspecto de quiste dentro del quiste lo dan las vesículas hijas<sup>4</sup>; se puede ver también arenilla en el quiste, móvil y cambiante<sup>4</sup>.

2. El hepatoma es un tumor sólido y por tanto no tiene las características de quiste como es el caso descrito en esta paciente; por otra parte la historia de evolución de 7 años sin tratamiento para el lóbulo derecho, pero puede también comprometer ambos lóbulos. Se manifiesta en la clínica por la presencia de hepatomegalia dura y nodular, dolor sordo en el hipocondrio derecho, con menos frecuencia ictericia y ascitis<sup>5</sup>. Como es sabido, se asocia con cirrosis.

3. Los quistes simples del hígado son tumores que se presentan con cierta frecuencia. Por lo general son hallazgos casuales en exámenes de ecografía de hígado, tomografía axial computadorizada, cirugías, y casi siempre son asintomáticos<sup>6</sup>. Pueden crecer y causar síntomas como dolor, masa palpable, ictericia cuando por su tamaño ocasionan compresión de las vías biliares.

Si son pequeños, el tratamiento es expectante y de control; si son grandes,

sintomáticos, comunicados con la vía biliar, son el campo de la cirugía; en este último caso por la comunicación con la vía biliar pueden originar carcinoma de vías biliares<sup>7</sup>. El diagnóstico más confiable lo establece la ecografía por las características sonográficas de los quistes, aunque la tomografía axial puede ayudar<sup>8</sup>. Su localización preferida es el lóbulo derecho del hígado. El contenido es líquido claro, aunque puede ser viscoso, hemorrágico, bilioso, y purulento<sup>9</sup>.

### DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Quiste simple del hígado, controlado durante 7 años, clínicamente asintomático.

### REFERENCIAS

1. Chamorro-Mera C. El caso radiológico. Hidatidosis poliquística múltiple. *Acta Med*

*Valle* 1979; 10: 36, 44-5.

2. D'Alessandro A, Rausch L, Cuello C, Aristizábal N. *Echinococcus vogeli* en el hombre, con una revisión de los casos humanos de enfermedad poliquística en Colombia y países vecinos. *Acta Med Valle* 1979; 10: 71-84.
3. Darlak JJ, Moskowitz M, Kattan KR. Calcifications in liver. *Radiol Clin North Am* 1980; 18: 209-21.
4. Brugnera C. *Ecografía abdominal*. Buenos Aires, Bogotá, Salvat Editores, 1985, pp. 48-50.
5. Chamorro-Mera C. Imagenología del hígado y vías biliares. *En Educación Continua en Salud. Temas Escogidos*. 1990. Cali, Colombia Médica, Facultad de Salud, Continuar (ed.), pp. 107-26.
6. Henson SW, Gray HK, Dockerty MB. Benign tumors of the liver. *Surg Gynecol Obstet* 1956; 103: 697-713.
7. Bloustein PA. Association of carcinoma with congenital cystic conditions of the liver and bile ducts. *Am J Gastroenterol* 1977; 67: 40-6.
8. Chong YH, Rabinowitz JC. Ultrasonography and computed tomography of the liver. *Radiol Clin North Am* 1980; 18: 321-38.

## Sección: Anotaciones a la práctica médica cotidiana

Pérez Starusta, M.D., FACP\*

La esofagitis por reflujo tiene una prevalencia de 0.25% a 22.8% de acuerdo con numerosas variables. Sus complicaciones, todas temibles, son:

- Erosión y ulceración.
- Estrechez.
- Esófago de Barrett.

La terapia tiene controversias: la cisaprida monohidrato es útil en pacientes con manifestaciones leves. Los antagonistas de receptores H<sub>2</sub>, sólo son útiles en dosis altas, con recaída aun dentro del tratamiento. Los inhibidores de la bomba de protones, son el manejo más exitoso, superior al anterior. El

\* Docente Adjunto, Departamento de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

inconveniente mayor es la recaída al suspender la medicación: 80% en 6 meses.

Un artículo reciente de revisión de los diversos estudios, llega a la conclusión que el mejor de los medicamentos es el lanzaprasol en dosis de 30 mg diarios que mantiene un pH del jugo gástrico por encima de 4, con lo cual hay una remisión clínica y endoscópica. El medicamento se debe emplear a permanencia. No se comentan efectos secundarios sobre el uso continuo.

Uno de los hábitos que he adquirido en mi ejercicio profesional es ordenar pruebas de función tiroidea en todo paciente que presente hiperlipidemia moderada a severa. También por razones distintas a ancianos deprimidos.

En un estudio del Academic Medical

Center de Amsterdam, Holanda, en 1509 pacientes (800 hombres, 709 mujeres), todos referidos por dislipidemia, 4.2% (el doble de la población normal) tenían pruebas de laboratorio, especialmente el TSH, en niveles de hipotiroidismo. Se obtuvo reducción importante de colesterol total y LDL, sólo en los pacientes que tenían un TSH de 10 ó superior.

### LA OSTEOPOROSIS Y EL CALCIO ESTÁN DE MODA

Estos temas especialmente en la postmenopausia, son de conocimiento del médico desde hace varios años, pero ahora ha inundado al público femenino a través de diversos medios de comunicación.