

Caso clínico del mes

La Asociación Colombiana de Gastroenterología quiere estimular su participación activa en la revista y para tal fin realizará el siguiente concurso. Se presentará a continuación un caso y usted podrá opinar acerca de él enviando su diagnóstico a la dirección electrónica de la Asociación o de la revista (gastro@cable.net.co o revistagastro@cable.net.co). Entre los que acierten se rifará semestralmente una Palm. Las respuestas al presente caso favor enviarlas antes del 15 de febrero de 2007.

Hombre de 44 años con cuadro clínico de 3 años de evolución consistente en la aparición insidiosa de dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho asociado con dolor tipo ardor en epigastrio que empeoraba con el consumo de ciertos alimentos como jugos ácidos. No ha presentado pérdida de peso, no melenas, no hematemesis, no hematoquezia, no náuseas, no vómito.

Como antecedentes, hipertensión arterial diagnosticada hace 6 años, manejada con losartan 50 mgs día e hidroclorotiazida 12,5 mgs día, dislipidemia con gemfibrozil 600 mgs día, enfermedad ácido péptica en manejo con lanzoprazol 30 mgs día.

Consume alcohol cada 8 días, fumó durante 15 años 5 cigarrillos día hasta hace 14 años, sin antecedentes de enfermedades neoplásicas en la familia.

Al examen físico TA 130/70 FC 80 pm FR 18 pm T 37. No se identificaron adenopatías, no se encuentra palidez de las mucosas ni ictericia, cardiopulmonar normal y el abdomen con panículo adiposo prominente blando depresible sin signos de irritación peritoneal, no masas, no hepato ni esplenomegalia.

El hemograma se encontraba dentro de límites normales, fosfatasa alcalina 78 U/L. Gama glutaril transferasa 449 U/L, AST 35 U/L, ALT 36 U/L, ferritina 449 mg/ml, antígeno carcinoembrionario 2 ng/ml, Alfa feto proteína 50,5 ng/ml, ecografía hepática y de vías biliares revela múltiples lesiones focales hiperecoicas (figura 1); en la resonancia nuclear magnética de hígado se observan múltiples lesiones focales en



Figura 1. Ecografía hepática, múltiples lesiones focales hiperecoicas

ambos lóbulos del hígado, con diámetros que oscilan entre 3 y 13 mm, ligeramente hiperintensas con relación al parénquima hepático en secuencias T1 y T2 y durante la administración de contraste no se observa realce de éstas. En las secuencias en fase, las lesiones tienen la misma intensidad del parénquima hepático y en la secuencia de fase opuesta las lesiones disminuyen de intensidad con respecto al parénquima hepático (figuras 2 y 3). Se solicita biopsia hepática la cual identifica un parénquima hepático con preservación de su arquitectura, trabéculas hepáticas sin atipia celular (figura 4), trama reticular parcialmente preservada, colapso y reforzamiento focal con discreta atrofia trabecular y siderosis moderada.

SU DIAGNÓSTICO ES.....



Figura 2-3. Resonancia nuclear magnética de hígado, múltiples lesiones focales hiperintensas en T1 y T2 no realzan con el medio de contraste, misma intensidad del parénquima hepático en secuencia en fase e hipointensas en relación al parénquima hepático en fase opuesta.

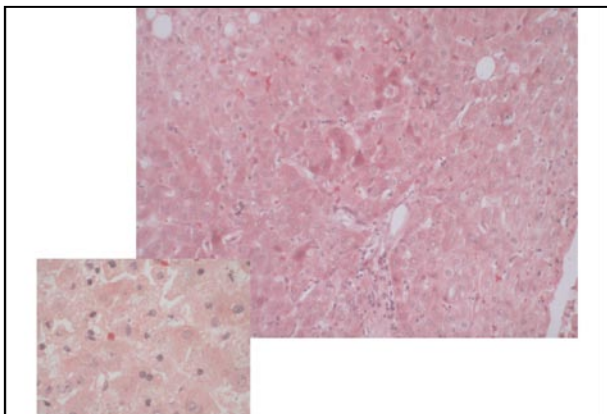


Figura 4. Microscopia de luz 20X coloración H.E parénquima hepático con preservación de su arquitectura. Acercamiento 40X para observar trabéculas hepáticas sin atipia celular.

Autores:

Bernardo Lombo Liévano, MD;¹

Rocío López Panqueva, MD;²

Fernando Sierra MSc (Epi), FACG, MD³

¹ Residente Medicina Interna Fundación Santa Fe de Bogotá.

² Patóloga Institucional Fundación Santa Fe de Bogotá

³ Presidente Asociación Colombiana de Gastroenterología, endoscopia digestiva y hepatología Fundación Santa Fe de Bogotá
E-mail: Berlombo@yahoo.com

FE DE ERRATAS

En el artículo de la Revista Volumen 21 N°3 de la sección COLUMNA DE HÍGADO: Falla hepática aguda: Un diálogo socrático e hipotético con el residente, en la página 188 dice rifampicina y debe ser rifaximina.

En el artículo de la Revista Volumen 21 N°3 de la sección RINCÓN EPIDEMIOLÓGICO: Interpretación y utilidad de las principales medidas en epidemiología clínica, en la página 201 aparece la tabla 1, así debe ser:

Tabla 1. Resultados de la administración de omeprazol IV en infusión durante 72 horas en pacientes con HVDA luego de terapia endoscópica (8)

	RECURRENCIA DE SANGRADO		
	SI	NO	
OMEPRAZOL IV	8	112	120
	a	b	
PLACEBO IV	27	93	120
	c	d	
	35	205	