

Caso clínico

Esteatosis hepática y pólipos biliares de colesterol

¹Miguel Torrecilla García, ¹Natalia Diego Mangas, ²María Dolores Plaza Martín, ³Damián Gajate Herrero, ¹Marcial Alfredo Rodríguez Morosoli

¹Centro de Salud San Juan- ²Centro de Salud Sisinio de Castro- ³Centro de Salud Miguel Armijo Salamanca

Varón de 54 años de edad, que acude a la consulta porque en la revisión de empresa le han comentado que tiene el colesterol y las enzimas hepáticas altas.

Se repite el análisis al no tener el perfil lipídico completo. Destacan los siguientes datos: GOT 68, GPT 71, GGT 58, fosfatasa alcalina 73, bilirrubina total 1,53, colesterol 226, triglicéridos 60,8, HDL-colesterol 72, LDL-colesterol 141; sin otros hallazgos de interés.

A la vista de la hipertransaminasemia, se decide realizar una exploración ecográfica abdominal. En ella encontramos el páncreas de tamaño y ecoestructura normal; el hígado tiene una ligera hiperecogenicidad, se observan bien el diafragma y los vasos intrahepáticos y no hay atenuación acústica posterior; no se aprecia dilatación de las vías biliares intra ni extrahepáticas; en la vesícula se observan imágenes hiperecoicas de distintos tamaños, todas ellas menores de 10 mm, sin sombra acústica posterior y adheridas a la pared vesicular, que no se movilizan con los cambios posturales del paciente (figuras 1 y 2).

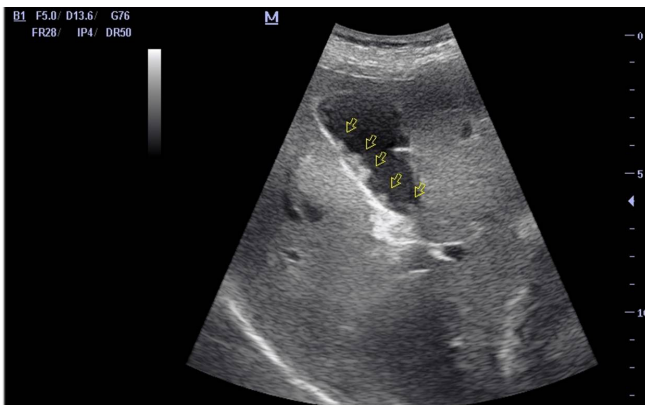


Figura 1.

El diagnóstico de presunción es de esteatosis hepáti-

ca leve y pólipos de colesterol en la vesícula.

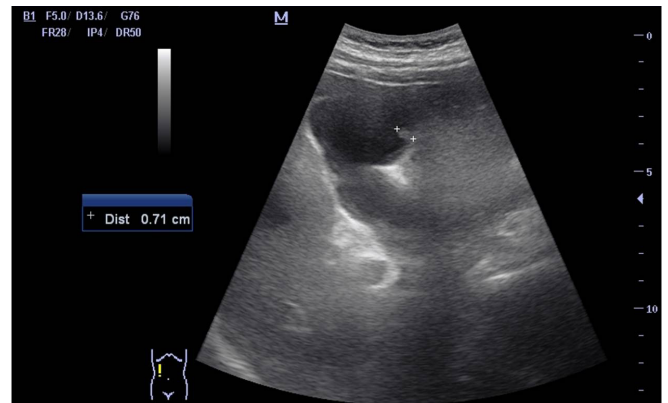


Figura 2.

Se derivó al paciente a la consulta de Digestivo. Allí, tras la confirmación del diagnóstico de presunción, se mantiene una actitud conservadora y controles periódicos. Después de varias revisiones, y al no observarse cambios, mantienen las mismas observaciones terapéuticas.

COMENTARIO

El hígado graso, o esteatosis hepática, es una entidad patológica que se caracteriza por acumulación de glóbulos de grasa en los hepatocitos. Entre sus causas se encuentran dos grandes grupos: alcohólica y no alcohólica.

En la categoría de esteatosis hepática no alcohólica hay distintas entidades que favorecen su aparición:

- Obesidad y pérdidas intensas de peso.
- Hipertrigliceridemia.
- Medicamentosas (amiodarona, diltiazem).
- Quimioterapia (tamoxifeno)
- Alimentación parenteral.
- Corticoides.
- Diabetes mellitus.

La evaluación ultrasonográfica de la gravedad de la esteatosis puede clasificarse en cuanto a la ecogenicidad, la atenuación de los sonidos y la identificación de los vasos y el diafragma (tabla 1).

La mayoría de los pólipos biliares son benignos; sin embargo, es necesario descartar enfermedad maligna, ya que el cáncer de vesícula avanzado tiene un pronóstico desalentador, mientras que, detectado precozmente, el pronóstico es excelente.

El tamaño es el mejor predictor de malignidad. Los pólipos mayores de 2 cm son frecuentemente malignos, mientras que los menores de 1 cm suelen ser pólipos de

colesterol. Los pólipos entre 1 y 2 cm deben ser observados de cerca: su potencial de malignidad es de 43-77 %, según diferentes estudios.

Generalmente los pólipos de colesterol son múltiples, pequeños, homogéneos, pedunculados y tienen mayor ecogenicidad que el parénquima hepático.

Los adenomas también son homogéneos, pero son isoecoicos con respecto al parénquima hepático y no suelen tener pedúnculo.

Los adenocarcinomas son homogéneos, heterogéneos sésiles, generalmente isoecoicos con el parénquima hepático.

Los adenomiomas suelen verse en la ecografía como afinamientos focales de la pared de la vesícula superiores a 4 mm.

El único tratamiento definitivo para los pólipos biliares es la colecistectomía. Esta está recomendada en los pacientes con síntomas o en casos en que se sospeche riesgo de progresión hacia la malignidad.

El abordaje de los pólipos según el tamaño de los mismos puede ser el siguiente:

- Pólipos mayores de 18 mm: son frecuentemente malignos y deben ser resecados.
- Pólipos de 10-18 mm: deben ser interpretados como posiblemente malignos (25-77 % de ellos); de ser malignos, en general se encuentran en estadios tempranos, por lo que puede realizarse una colecistectomía laparoscópica.
- Pólipos de 5 a 10 mm: puede tratarse de pólipos de colesterol, adenomas o carcinomas:

- Si los pólipos son múltiples, pedunculados, hiperecoicos con respecto al hígado, es probable que sean pólipos de colesterol.
- Si el pólipo es solitario, sésil, isoecoico con respecto al hígado, es probable que sea de origen neoplásico; sin embargo, el dato más fiable es la estabilidad del pólipo a lo largo del seguimiento; no existe consenso acerca de la frecuencia con la que debiera realizarse el seguimiento de estos pólipos: algunos estudios sugieren un seguimiento con ecografía a los tres y seis meses, y luego, anualmente; los pólipos estables pueden ser seguidos cada año, mientras que los que aumentan de tamaño deben ser resecados.
- Pólipos menores de 5 mm: son probablemente benignos, en su mayoría colesterosis; los pacientes asintomáticos con este hallazgo no requieren tratamiento alguno; sin embargo, un seguimiento ecográfico a los 6 y 12 meses puede ser apropiado; si el pólipo permanece estable, no requiere mayor seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- American Gastroenterological Association medical position statement: nonalcoholic fatty liver disease. *Gastroenterology* 2002;123:1702-4.
- Csendes P, Paolinelli P, Busel D, Venturelli V, Rodríguez J. Hígado graso: ultrasonido y correlación anatomopatológica. *Rev Chil Radiol.* 2004;10:50-2.
- Gallahan WC, Conway JD. Diagnosis and management of gallbladder polyps. *Gastroenterol Clin N Am* 2010;39:359-67.

Tabla 1. Evaluación ultrasonográfica de la gravedad de la esteatosis

Grados	Aumento de la ecogenicidad	Atenuación del sonido	Visión de los vasos y el diafragma
Leve	Leve	No	Normal
Moderado	Moderado	Sí	Leve alteración
Grave	Intenso	Sí	Mala o ausente