



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 262/323 - QUISTE HEPÁTICO INFECTADO. POLIQUISTOSIS HEPÁTICA

P. López Tens<sup>a</sup>, A. Blanco García<sup>b</sup>, D. Fernández Torre<sup>c</sup>, S. Pini<sup>d</sup>, J. Parra Jordán<sup>e</sup> y M. Guerra Hernández<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria. <sup>f</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 78 años que acude por fiebre de hasta 39 °C y dolor en hipocondrio derecho, que irradia a espalda de 72 horas de evolución con vómitos alimenticios de 8 horas de evolución. Antecedentes personales de HTA, espondiloartrosis y conocedora de poliquistosis renal desde 1996.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Tª 39 °C. TA: 170/85. FC: 85 lpm. FR: 16 rpm. Normocoloreada. Normohidratada. Normoperfundida. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos y pulmonar con hipoventilación global. Abdomen depresible, blando, dolor a la palpación en epigastrio/hipocondrio derecho. Murphy negativo. RHA presentes. Puñopercusión negativa. Extremidades sin edemas ni signos de TVP. Hemograma con leucocitos 6.700 (segmentados 67% linfocitos 15% monocitos 16%). Hemoglobina 13,6 mg/dl. Plaquetas 206.000. Protrombina 77%. Bioquímica y PFH normales. PCR 16,2 mg/dl. Radiografía de tórax normal. Ecografía abdominal con múltiples malformaciones quísticas, una de ellas de 5,5 cm tabicada con material ecogénico en su interior (quiste complicado). Resto normal. Hemocultivo y cultivo de quiste hepático Enterobacter aerogenes.

**Juicio clínico:** Quiste hepático infectado. Poliquistosis hepática.

**Diagnóstico diferencial:** Infección de quiste renal. Colecistitis. Colangitis. Neoformación hepática. Absceso hepático.

**Comentario final:** La infección renal es el primer diagnóstico a considerar en un paciente febril con poliquistosis y focalidad abdominal. Hay que sospechar la infección de un quiste hepático cuando aparece dolor en hipocondrio, ya que con frecuencia la presentación clínica es solapada. El sexo femenino y la edad mayor de 50 años son factores de riesgo para la presencia de quistes hepáticos grandes y numerosos. La analítica hepática suele ser normal. El diagnóstico se realiza por ecografía o TAC, ofreciendo este último mejores resultados con contraste, distinguiéndose los quistes complicados por su contenido heterogéneo, denso, con o sin gas, y el engrosamiento irregular de sus paredes. La escintigrafía con leucocitos marcados con Tc111, así como la punción percutánea, serán necesarias para confirmar la naturaleza infecciosa. El tratamiento exclusivamente con antibioterapia conlleva peor pronóstico que asociado a punción-drenaje percutáneo. La farmacocinética de los antibióticos en los quistes hepáticos no es bien conocida, se recomiendan antibióticos liposolubles como ciprofloxacina o trimetopín-sulfametoxazol. La punción-drenaje percutáneo es efectiva y segura. Tras antibioterapia 3 semanas y drenaje percutáneo nuestra paciente tuvo

evolución favorable.

## Bibliografía

1. Gabow PA, Johnson AM, Kaehny WD, Manco-Johnson ML, Duley IT, Everson GT. Risk factors for the development of hepatic cysts in autosomal dominant polycystic kidney disease. *Hepatology*. 1990;11(16):1033-7.
2. Grünfeld JP, Albouze G, Jungers P, Landais P, Dana A, Droz D, Moynot A, Lafforgue B, Bournstyn E, Franco D. Liver changes and complications in adult polycystic kidney disease. *Adv Nephrol*. 1985;14:1-20.
3. Levine E, Cook LT, Grantham JJ. Liver cysts in autosomal dominant polycystic kidney disease: Clinical and computed tomographic study. *AJR*. 1985;145:229-33.