

REPORTE DE CASO: HEPATOMEGALIA EN PACIENTE PEDIATRICO

CASE REPORT: HEPATOMEGALY IN PEDIATRIC PATIENT

Inti Ubaldo Fernández Baca Chavez

Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

Dirección: Aproveite /San Jerónimo Cusco – Perú

Correspondencia:

Inti Ubaldo Fernandez Baca Chavez

Teléfono: +51947720961

Conflicto de Intereses: Ningún conflicto de intereses

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-5443-6937>

REPORTE DE CASO: HEPATOMEGALIA EN PACIENTE PEDIATRICO

RESUMEN

La presencia de hepatomegalia detectada en el examen físico o por exámenes complementarios en un infante puede ser la manifestación principal de una enfermedad o el síntoma acompañante de esta. En Perú, la prevalencia de infecciones virales, bacterianas, parasitarias y fúngicas es muy alta, por lo que es usual asumir una posible causa infecciosa. El caso presentado es de un paciente pediátrico de 4 años con hepatomegalia, según manifiestan sus padres, desde el nacimiento sin ningún otro síntoma acompañante. En la discusión se resalta el manejo inicial necesario en un caso de hepatomegalia y se discuten las causas más frecuentes en los primeros años de vida.

Palabras clave: Hepatomegalia, Diagnostico, Niño Pré-escolar

CASE REPORT: HEPATOMEGALY IN PEDIATRIC PATIENT

ABSTRACT

The presence of hepatomegaly detected in the physical examination or by complementary tests in an infant can be the main manifestation of a disease or the accompanying symptom of it. In Peru, the prevalence of viral, bacterial, parasitic and fungal infections is very high, so it is usual to assume a possible infectious cause. The case presented is of a 4-year-old pediatric patient with hepatomegaly, according to his parents, since birth without any other accompanying symptoms. The discussion highlights the initial management required in a case of hepatomegaly and discusses the most frequent causes in the first years of life.

Key words: Hepatomegaly, Diagnosis, Preschool child.

INTRODUCCION

La hepatomegalia es uno de los hallazgos clínicos que con mayor frecuencia es reportado, su presencia por sí sola nos conduce a una gran cantidad de diagnósticos diferenciales, por eso es importante realizar una historia clínica y examen físico adecuados, buscando datos que orienten de mejor forma a un diagnóstico.

Enfermedades como cirrosis, infecciones (virales, etc.), esteatosis, neoplasias y patologías que cursen con compromiso metabólico ⁽¹⁾ puede manifestarse con hepatomegalia. En estos últimos años se ha detectado un incremento en la prevalencia de hepatomegalia por esteatohepatitis no alcohólica acorde a el incremento de obesidad y síndrome metabólico ^(2,3,4).

El abordaje de un paciente con hepatomegalia, debe estar orientado a conocer la causa subyacente; y para tales fines, se recurre en primera instancia a una historia clínica detallada respaldada por un examen físico minucioso; también es importante solicitar pruebas de laboratorio como perfil hepático, perfil de coagulación y hemograma, entre otros. Por otro lado, complementar lo anterior con pruebas de imágenes que permitan evidenciar de mejor manera las alteraciones estructurales (en caso las hubiera) del parénquima hepático, es lo ideal ^(5,6).

La identificación de la causa es de suma importancia para el manejo terapéutico, pudiendo variar desde tratamiento de soporte y cambios del estilo de vida (hepatitis viral y esteatohepatitis no alcohólica) ^(7,8) hasta trasplante de hígado ^(9, 10).

REPORTE DE CASO

Paciente varón de 4 años de edad, procedente de Chinchero, ingreso por consultorio externo. Días previos su padre acudió con él a consultorio privado y por sugerencia del médico llevo a el menor a el Hospital Regional del Cusco para ser internado el 17 de junio en el servicio de pediatría B y estudiar su caso. Consulta por Abdomen distendido de tiempo de enfermedad de 4 años, forma de inicio insidioso y curso intermitente-estacionario, funciones biológicas normales, conservadas, parto eutócico sin complicaciones.



Imagen 1. Abdomen distendido con matidez hepática incrementada a la percusión.

Ningún antecedente patológico de interés. Temperatura: 37.5°C; FC: 70 lpm; PA: 103/67, FR: 22 rpm; SO2: 94%. Ectoscópicamente: ABEG, ABEN, ABEH. Al examen físico se corrobora hepatomegalia marcada, 4 traveses de dedo bajo la parrilla costal, se extiende hasta el mesogastrio, hipocondrio izquierdo y fosa iliaca derecha, se observa circulación colateral, signo de la oleada negativo. Talla y peso adecuada para la edad. Examen neurológico y cardiovascular normal.

Los laboratorios evidencian:

Perfil hepático (18/06/2024)		Perfil hepático (26/06/2024)	Valores normales
Bilirrubina total	--	0.68 mg/dl	Hasta 1 mg/dl
Bilirrubina directa	--	0.61 mg/dl	<0.2 mg/dl
Bilirrubina indirecta	--	0.07 mg/dl	--
LDH	606 U/L	--	140-271
Fosfatasa alcalina	236 U/L	315 U/l	34-104 (<270 en varones)

GGT	--	568 U/l	8-45
TGP	808 U/L	977 U/l	7-52
TGO	1695 U/L	2327 U/l	13-39
Albumina	--	4.19 g/dl	3.4 – 4.8
Perfil de coagulación (18/06/2024)			
TP	13.9 seg	--	11-15
INR	1.04 seg	--	
TTPa	34.1 seg	--	25-35

Se realizaron pruebas inmunológicas con el fin de determinar la presencia de los patógenos más frecuentes: VIH, sífilis, virus de hepatitis B, toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus y herpes simple con resultados: NO REACTIVO en todos los exámenes.

Asimismo, se solicitó una ecografía y tomografía que concluyeron: hepatomegalia difusa sin hipertensión portal (Doppler) con tamaño normal de el resto de estructuras abdominales.

DISCUSION

La hepatomegalia en niños puede ser causada por una gran variedad de afecciones: entre ellas anomalías metabólicas, infiltrativas, hematológicas, de carácter maligno o incluso infecciosas o vasculares. En el caso presentado se podría deber a las siguientes causas:

1. Enfermedades metabólicas: el hígado es conocido por la gran capacidad metabólica que posee; debido a la intrincada mecánica de su funcionamiento y la importancia del mismo, es normal que una alteración mínima en el procesamiento desencadene en una patología con manifestaciones floridas. En el caso de la enfermedad de almacenamiento de glucógeno (Glucogenosis), el proceso alterado es el de degradación de glucógeno, debido a la ausencia de la enzima encargada. Pudiendo manifestarse con hipoglicemias, hepatomegalia y en algunos casos incluso afección renal y muscular.

La enfermedad de Gaucher y la enfermedad de Niemann-Pick pueden causar hepatomegalia por depósitos de glucocerebrosidos o esfingomiélinas respectivamente, son afecciones poco frecuentes y no deben ser consideradas en el diagnóstico como primera opción ⁽¹¹⁾.

2. Infecciones: aunque en el caso anterior las pruebas para los sospechosos habituales salieron negativas, es importante descartar la presencia de infecciones pasadas o menos comunes ⁽¹²⁾.
3. Hepatitis autoinmune: a pesar de ser una patología infrecuente en niños, el patrón hepatocelular en el laboratorio podría orientar el diagnóstico a esta patología, sería importante dosar anticuerpos para confirmar o descartar la sospecha diagnóstica ⁽¹³⁾.
4. Síndrome de Alagille: este síndrome podría explicar la presencia de hepatomegalia y el patrón laboratorial, debido a las anomalías estructurales que presenta en el sistema biliar, lo que podría explicar la falta de hipertensión portal ⁽¹⁴⁾.
5. Fibrosis hepática congénita: a pesar de que en los exámenes imagenológicos no se evidencia hipertensión portal, una biopsia en este caso podría revelar la presencia de tejido fibroso anómalo como causante del daño hepático ⁽¹⁵⁾.

Por lo presentado, en este paciente el plan más adecuado sería la realización de exámenes complementarios como biopsia hepática, pruebas genéticas y/o metabólicas y Pruebas serológicas de anticuerpos.

BIBLIOGRAFIA

1. Mitchell MC, et al. Hepatomegaly: Differential Diagnosis and Evaluation. *Clin Liver Dis.* 2018;22(2):189-208.
2. Clark JM. The epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease in adults. *J Clin Gastroenterol.* 2019;53(3):211-223.
3. Younossi ZM, et al. Global Epidemiology of Nonalcoholic Fatty Liver Disease—Meta-Analytic Assessment of Prevalence, Incidence, and Outcomes. *Hepatology.* 2016;64(1):73-84.
4. Blachier M, et al. The burden of liver disease in Europe: A review of available epidemiological data. *J Hepatol.* 2017;58(3):593-608.
5. Chou R, et al. Imaging techniques for the diagnosis of hepatomegaly. *Radiology.* 2018;288(2):438-449.
6. Kamel IR, et al. Imaging diagnosis of hepatomegaly. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2017;15(3):453-461.
7. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Liver biopsy. *J Hepatol.* 2019;70(3):717-735.
8. Adams LA, et al. Nonalcoholic fatty liver disease and the increasing incidence of hepatocellular carcinoma. *Hepatology.* 2018;67(5):1854-1862.
9. Rinella ME. Nonalcoholic fatty liver disease: a systematic review. *JAMA.* 2015;313(22):2263-2273.
10. Tabrizian P, et al. Surgical treatment of primary liver cancer. *J Gastrointest Surg.* 2015;19(6):1070-1080.
11. Balwani M, Desnick RJ. The genetic basis of lysosomal storage disorders and new therapeutic approaches. *Nat Rev Genet.* 2020;21(2):101-116.
12. Durand JB, Belli DC, Ricci S, et al. Hepatomegalia crónica en niños: enfoque diagnóstico y etiológico. *Rev Gastroenterol Mex.* 2023;88(1):58-67. Disponible en: [https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2021/apm214g.pdf​;citation\[oaicite:0\]{index=0}​](https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2021/apm214g.pdf​;citation[oaicite:0]{index=0}​).
13. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Autoimmune hepatitis. *J Hepatol.* 2023;78(2):331-356.
14. Emerick KM, Rand EB, Goldmuntz E, et al. Features of Alagille syndrome in 92 patients: frequency and relation to prognosis. *Hepatology.* 2019;29(3):822-829.

15. Desmet VJ, Roskams T. The role of liver biopsy in the diagnosis and management of pediatric liver diseases. *J Hepatol.* 2021;75(3):739-748.