

POLQUISTOSIS HEPÁTICA: TRATAMIENTO PERCUTÁNEO GUIADO POR ECOGRAFÍA

López Ramos C. S., Navarro López C., Santamaría Rodríguez G., González Montero E., Rendón Unceta P., Macías Rodríguez M.

Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción

La poliquistosis hepática (PQH) es una enfermedad hereditaria poco frecuente, de transmisión autosómica dominante, asociada en ocasiones a quistes en otros órganos, en la mayoría de los casos en el riñón. Los quistes se encuentran recubiertos por epitelio biliar plano, pero no suelen estar comunicados con conductos biliares. Se diagnostican con mayor frecuencia en mujeres, a partir de los 40 años, y habitualmente no precisan tratamiento, salvo cuando presentan complicaciones como dolor (por ocupación, rotura, torsión o hemorragia intraquística), o compresión de estructuras vecinas (produciendo saciedad precoz, disnea, colestasis o hipertensión portal)¹⁻⁶.

El tratamiento quirúrgico de los quistes sintomáticos es una intervención compleja, asociada a una notable morbilidad y no exenta de recidivas⁷⁻¹⁰. Entre las alternativas terapéuticas se encuentra la embolización transarterial^{11, 12}, pero el tratamiento percutáneo es la primera opción en el momento actual por su mínima invasividad y buenos resultados. Éste debe incluir el drenaje y aplicación de un agente esclerosante, para destruir el epitelio secretor y evitar la recurrencia. En el caso de pacientes con PQH el tratamiento percutáneo es controvertido, por la dificultad para determinar el (o los) quistes responsables de la sintomatología y la elevada tasa de recurrencias descrita en la literatura.

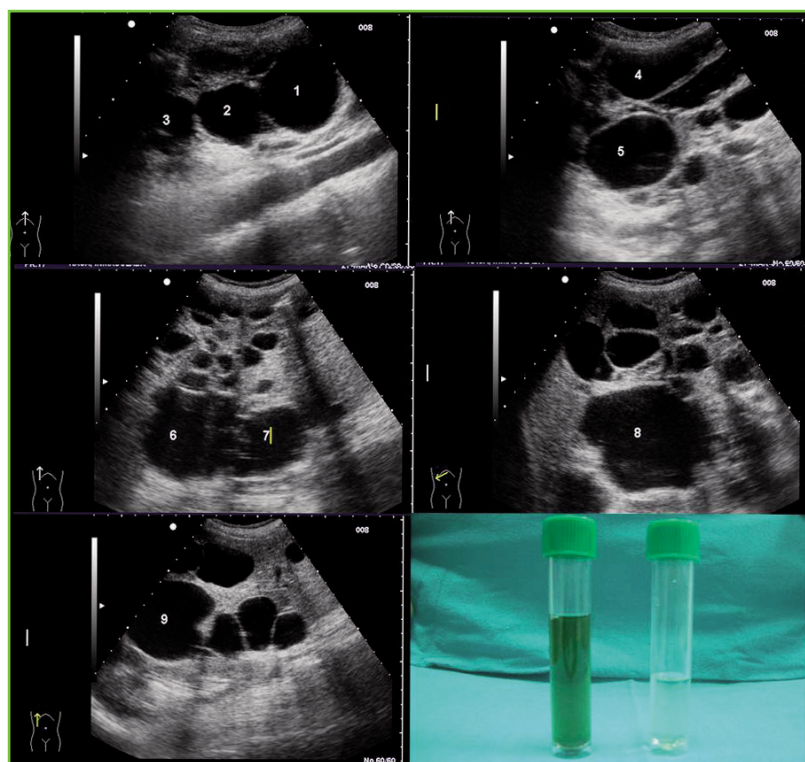


Figura 1

Imágenes ecográficas con delimitación de los quistes de mayor tamaño antes del tratamiento. En la fotografía inferior derecha se aprecia el aspecto del contenido líquido evacuado en uno que estaba comunicado con la vía biliar en comparación con el de otro no comunicado.

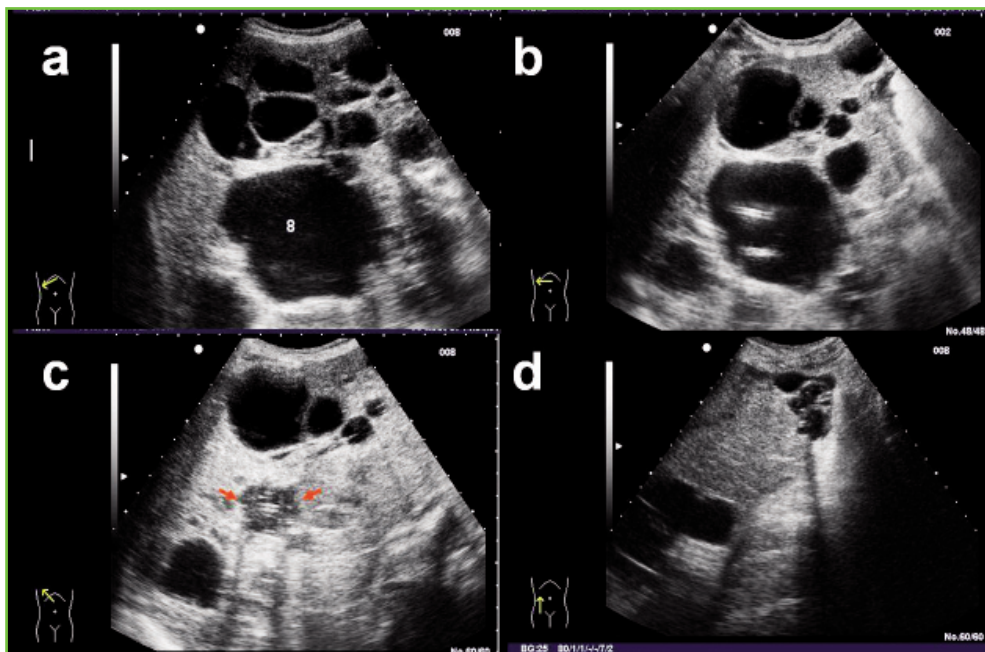


Figura 2

Detalle del tratamiento percutáneo de uno de los quistes; a) quiste de 8 cm en segmento V; b) extremo del catéter en cola de cerdo en el interior de la colección; c) vaciado completo de la colección antes de la inyección del esclerosante, con catéter en su interior (flechas); d) imagen del segmento V hepático 2 meses después del tratamiento.

Presentamos 2 casos de poliquistosis hepática sintomática sometidos a tratamiento percutáneo guiado por ecografía con una metodología común de drenaje y escleroterapia mediante inyección de etanol.

Técnica de escleroterapia percutánea

Tras premedicación con Meperidina y bajo anestesia local, los quistes se drenaron mediante catéter de calibre 8 F usando la técnica del trócar, remitiendo muestras del líquido obtenido para estudios bioquímico, microbiológico y citológico. Se inyectó contraste yodado a través del catéter para descartar comunicación biliar y posteriormente se infundió anestésico local a través del catéter, movilizándolo al paciente para facilitar el contacto del mismo con las paredes del quiste. El anestésico se mantuvo durante 10 minutos, para aspirarlo posteriormente en su totalidad y proceder a la inyección de etanol al 97%, de 1/3 a 1/2 del volumen del quiste. Se vuelve a movilizar al paciente y se mantiene el alcohol 20 minutos, aspirándolo después. Se mantiene el catéter con drenaje por gravedad, practicando 2-3 sesiones diarias de tratamiento hasta observar cese del drenaje.

Caso 1

Mujer de 42 años con poliquistosis hepática sin datos de disfunción hepática ni hipertensión portal, que había precisado varias actuaciones quirúrgicas (drenaje, fenestración, segmentectomía y escleroterapia) en otros centros. Consulta por distensión y molestias abdominales. A la exploración se palpan varias masas a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho. En ecografía se aprecian múltiples lesiones quísticas, las de mayor tamaño localizadas en lóbulo hepático izquierdo donde se identifican 3 quistes mayores de 8 cm. Se trataron mediante escleroterapia percutánea con alcohol 8 quistes en 3

ingresos. Otro fue desestimado al aspirarse contenido bilioso (figura 1), aunque la quistografía no consiguió demostrar la comunicación biliar (figura 2). Quince meses después la paciente permanece asintomática (figura 3).

Caso 2

Mujer de 42 años con poliquistosis hepatorenal con buena función hepática y renal, que acude por dolor mecánico en epigastrio en los últimos meses. A la exploración se palpa tumoración blanda en epigastrio. En ecografía se aprecian múltiples quistes que ocupan ambos lóbulos del hígado, siendo el mayor de 10 cm, localizado en lóbulo izquierdo. Se realiza punción de dicho quiste, con drenaje de 100 cc de líquido amarillento y se procede a la inyección del esclerosante en 4 sesiones, realizadas sin complicaciones. En revisión a las dos semanas refiere disminución de la sintomatología, que se mantiene 6 meses después sin necesidad de nuevos tratamientos pese a la existencia de un quiste de 7 cm en lóbulo hepático izquierdo.

Comentarios

La elección de la mejor opción terapéutica en pacientes con poliquistosis hepática sintomática es una decisión compleja que debe considerar el estado general del paciente, las limitaciones demostradas tanto por las técnicas quirúrgicas como las percutáneas, y la disponibilidad local de cada una de ellas. En cualquier caso, se deben considerar como medidas paliativas (excepto el trasplante en pacientes con insuficiencia hepática), con un elevado riesgo de recurrencia de los síntomas que motivaron el tratamiento, como había sucedido en el primer caso que presentamos.

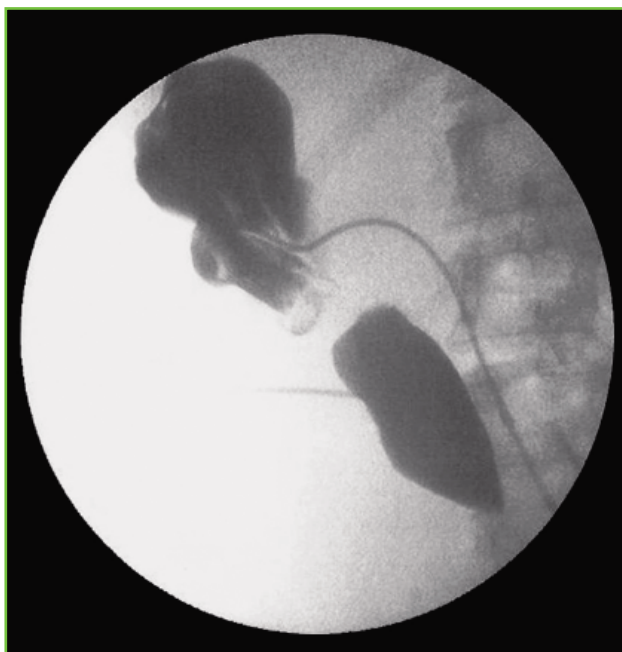


Figura 3

Quistografía a través de catéter de 2 quistes que descarta comunicación biliar.

La escleroterapia percutánea es una alternativa terapéutica bien establecida en pacientes con quistes simples sintomáticos solitarios, con tasas de resolución superiores al 80 %¹⁷. Se distinguen 3 métodos de tratamiento con resultados similares: escleroterapia con etanol en sesión única^{13,18}, escleroterapia con etanol en sesiones repetidas con mantenimiento de catéter de drenaje hasta cese del débito¹⁴, y escleroterapia con tetraciclina en sesión única^{15, 16}. El éxito del tratamiento probablemente esté condicionado por la obtención de una denudación completa del epitelio del quiste, que a su vez depende más de la aplicación de una técnica rigurosa que del tipo de esclerosante empleado y el número de sesiones realizadas: así, es fundamental asegurar un vaciado completo de la colección antes de la inyección del esclerosante, para evitar la dilución del mismo, y la movilización del paciente, para que alcance toda la extensión de la pared.

Sólo 3 estudios refieren los resultados del tratamiento percutáneo en pacientes con poliquistosis hepática^{9,16,17}, con un escaso número de casos y resultados variables pero peores que en el caso de quistes únicos, con tasas de recurrencias del 30-70 %, aunque estos resultados son similares a los de la cirugía. En estos casos, la dificultad radica en distinguir la colección responsable de la sintomatología, la necesidad de realizar tratamiento de varias colecciones, y el crecimiento de colecciones adyacentes que pueden remedar la sintomatología original.

A las complicaciones comunes a cualquier drenaje percutáneo, la instilación de alcohol añade la aparición de dolor importante en el 30 % de los casos y la aparición de signos de intoxicación etílica como somnolencia, cefalea, náuseas, hipotensión, sabor metálico, rubor o erupción cutánea, que son poco intensos en las cantidades empleadas, inferiores a 100-200 cc por sesión^{9, 15, 16, 17, 18}. Las únicas contraindicaciones para esta técnica son la inadecuada visión ecográfica del quiste o de sus relaciones con estructuras próximas, la existencia de alteraciones marcadas de la coagulación y la comunicación del quiste con el árbol biliar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanfelippo PM, Beahrs OH, Weiland LH. Cystic disease of the liver. *Ann Surg* 1974;179(6):922-5.
2. Santman FW, Thijs LG, Van Der Veen EA, Den Otter G, Blok P. Intermittent jaundice: a rare complication of a solitary nonparasitic liver cyst. *Gastroenterology* 1977;72(2):325-8.
3. Sood SC, Watson A. Solitary cyst of the liver presenting as an abdominal emergency. *Postgrad Med J* 1974;50(579):48-50.
4. Garcea G, Pattenden CJ, Stephenson J, Dennison AR, Berry DP. Nine-year single-center experience with nonparasitic liver cysts: diagnosis and management. *Dig Dis Sci* 2007;52(1):185-91.
5. Bistriz L, Tamboli C, Bigam D, Bain V. Polycystic Liver Disease: Experience at a Teaching Hospital. *Am J Gastroenterol* 2005;100:2212-2217.
6. Vall-Llovera J, Bosch A, Gil E, Pons L, Barba S, Palau et al. Poliquistosis hepática del adulto abscesificada. *Cirugía española* 2002; 72(2): 113-115.
7. Martin IJ, McKinley AJ, Currie EJ, Holmes P, Garden OJ. Tailoring the management of nonparasitic liver cysts. *Ann Surg* 1998;228(2):167-72.
8. Que F, Nagorney DM, Gross JB Jr, Torres VE. Liver resection and cyst fenestration in the treatment of severe polycystic liver disease. *Gastroenterology* 1995;108(2):487-94.
9. Hansman M, Ryan J, Holmes J, Hogan S, Lee F, Kramer D et al. Management and long-term follow up of hepatic cysts. *Am J Surg* 2001; 181: 404-410.
10. Yu Meng Tan and London Lucien Ooi. Highly symptomatic adult polycystic liver disease: options and results of surgical management. *ANZ. J. Surg* 2004;74:653-657.
11. Takei R, Ubara Y, Hoshino J, Higa Y, Suwabe T, Sogawa Y, et al. Percutaneous transcatheter hepatic artery embolization for liver cysts in autosomal dominant polycystic kidney disease. *Am J Kidney Dis* 2007;49(6):744-52.
12. Torres V. Treatment of Polycystic Liver Disease: One Size Does

Not Fit All. *Am.J Kidney Dis* 2007; 47(6):725-728.

13. Zerem E, Imamovic G, Omerovic S. Percutaneous treatment of symptomatic non-parasitic benign liver cysts: single-session alcohol sclerotherapy versus prolonged catheter drainage with negative pressure. *Eur Radiol* 2008;18(2):400-406.
14. VanSonnenberg E, Wroblecka JT, D'Agostino HB, Mathieson JR, Casola G, O'Laoide R, et al. Symptomatic hepatic cysts: percutaneous drainage and sclerosis. *Radiology* 1994;190(2):387-92.
15. Yamada N, Shinzawa H, Ukai K, Makino N, Matsuhashi T, Wakabayashi H, et al. Treatment of symptomatic hepatic cysts by percutaneous instillation of minocycline hydrochloride. *Dig Dis Sci* 1994;39(11):2503-9.
16. Cellier C, Cuenod CA, Deslandes P, Auroux J, Landi B, Siauve N, et al. Symptomatic hepatic cysts: treatment with single-shot injection of minocycline hydrochloride. *Radiology* 1998;206(1):205-9.
17. Erdogan D, van Delden OM, Rauws EA, Busch OR, Lameris JS, Gouma DJ, et al. Results of percutaneous sclerotherapy and surgical treatment in patients with symptomatic simple liver cysts and polycystic liver disease. *World J Gastroenterol* 2007;13(22):3095-100.
18. Yang CF, Liang HL, Pan HB, Lin YH, Mok KT, Lo GH, et al. Single-session prolonged alcohol-retention sclerotherapy for large hepatic cysts. *AJR Am J Roentgenol* 2006;187(4):940-3.