



P-190 - QUISTE HEPÁTICO GIGANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Cortés Climent, Javier; Motos Mico, Jose Jacob; Montero Zorrilla, Carlos; Cipagauta Bazuerto, Luis Alberto; Arlandis Félix, Francisco Jose; Pérez Climent, Nieves; Belda Ibáñez, Tatiana; Serra Díaz, Carlos

Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy.

Resumen

Introducción: Los quistes hepáticos simples forman parte de un grupo heterogéneo de patologías con diferente etiología. La prevalencia de los quistes hepáticos simples es baja, pero ha aumentado hasta el 2,5-4,65% como consecuencia de la generalización de la ecografía hepática. Son habitualmente asintomáticos, de hecho, se encuentran de forma casual hasta en el 1% de las necropsias realizadas.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 63 años en seguimiento por medicina digestiva por quistes hepáticos simples estables, dolor abdominal y dispepsia. Se diagnosticó de gastritis crónica con H. pylori positivo y se erradicó con triple terapia. Pese a tratamiento, persiste clínica de desconfort abdominal. La paciente consulta a Urgencias por cólico biliar con elevación de la bilirrubina total de hasta 1,71 mg/dl y PCR de 5,1 mg/dl. Se realiza eco abdominal urgente observando crecimiento de hasta 14 cm de un quiste conocido en el segmento VI-VII con estabilidad del resto. De manera ambulatoria se amplía el estudio con RMN observándose quiste gigante sin septos en su interior, con densidad agua y que no capta gadolinio. Hiperintenso en T2 e hipointenso en T1. Dada la clínica de la paciente y el tamaño del quiste, se comenta caso en comité multidisciplinar y se decide abordaje radiológico para aspiración y esclerosis alcohólica.

Discusión: Los quistes hepáticos son más frecuentes en mujeres mayores de 50 años y sobre todo aparecen en el lóbulo hepático derecho. Habitualmente son asintomáticos y se diagnostican de forma incidental. Los sintomáticos, cursan con desconfort abdominal, dolor o náuseas y suelen ser de gran tamaño (? 4 cm). Los de gran tamaño tienen riesgo de complicación, como: ruptura o hemorragia, infección bacteriana o compresión de estructuras vecinas como la vía biliar. Es importante realizar un diagnóstico diferencial con neoplasia quística mucinosa, absceso hepático, quiste hidatídico, hemangioma o hamartoma. La presencia de síntomas o crecimiento debe hacer sospechar malignidad, ya que el quiste simple se caracteriza por mantener un tamaño estable. En cuanto al diagnóstico radiológico, la ecografía muestra lesiones bien delimitadas anecoicas y con refuerzo posterior, ausencia de septos en su interior y contenido homogéneo. En la TC y RMN destaca la ausencia de captación de contraste periférico, mostrándose como densidad agua, hiperintensa en T2 e hipointensa en T1. La hemorragia quística dificulta el diagnóstico diferencial con la neoplasia quística pudiendo aparecer septos. La punción percutánea y la mejoría clínica tras la punción puede ayudar al diagnóstico. Por lo que respecta al tratamiento, solo se aconseja en los casos sintomáticos, de tamaño ? 4 cm y tras descartar otras entidades. La punción percutánea guiada por ECO o TC combinada con esclerosis con alcohol o minociclina, debe ser considerada como tratamiento de primera línea sobre todo en pacientes con alto riesgo quirúrgico o poliquistosis hepática. Entre las opciones quirúrgicas destaca la resección quística o hepática, primera línea ante la sospecha de malignidad. Se deben tratar aquellos casos sintomáticos y de gran tamaño. La punción percutánea y esclerosis es una opción eficaz y segura que se debe

considerar de manera inicial.