

P-260 - QUISTE HEPÁTICO CILIADO DE INTESTINO ANTERIOR. EL GRAN DESCONOCIDO

Gómez Pérez, Rocio; Mansilla Díaz, Sebastián; Rodríguez Loring, Nicolás María; Díaz Sánchez, Laura; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Muñoz Gallardo, Santiago; Roldán de la Rúa, Jorge Francisco; Suárez Muños, Miguel Ángel

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: La gran cantidad de pruebas de imagen de gran calidad que se realizan están llevando a un aumento exponencial del diagnóstico de lesiones hepáticas asintomáticas. En el diagnóstico diferencial de las lesiones solido-quísticas se incluyen habitualmente los quistes complejos o complicados, los cistoadenomas, cistoadenocarcinomas o los quistes hidatídicos. El quiste ciliado de intestino anterior es una entidad rara, desconocida para algunos cirujanos generales, que debemos conocer e incluir en este diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 66 años con antecedentes de hipertensión arterial, diverticulosis colónica y un carcinoma de próstata tratado con braquiterapia. En TC por diverticulitis aguda no complicada se aprecia lesión solido-quística hepática en segmento IV de 37 mm. Analítica sin leucocitosis, perfil hepático normal, marcadores tumorales negativos (CEA < 0,5, CA 125: 4,2, CA 19.9: 1,4) y PSA 0,130. Serología para hidatidosis negativa. Resto del parénquima hepático sin LOE. Sin dilatación de la vía biliar, vesícula biliar con paredes normales, sin litiasis. Se completó el estudio con RNM hepática (fig. 1) informando de lesión hepática compleja con paredes finas, bordes bien definidos, seg. IV del lóbulo hepático izquierdo de 37 mm de diámetro mayor, presentando un componente quístico en su interior y una imagen nodular de aspecto sólido de 20 mm. Tras presentar el caso en el comité multidisciplinar se realizó una resección hepática limitada laparoscópica. La ecografía intraoperatoria observó una lesión de aspecto quístico con abundantes ecos en su interior y descartó la presencia de otras lesiones (fig. 2). El paciente fue dado de alta el primer día posoperatorio sin incidencias. El análisis anatómico patológico reveló la presencia de un quiste hepático ciliado de 36 × 27 × 26 mm con margen de resección libre (fig. 3).

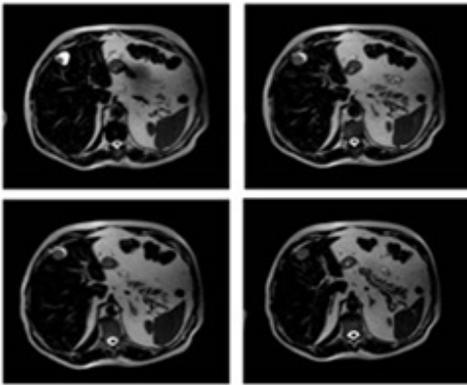


Figura 1. Imagen en resonancia nuclear magnética hepática del quiste ciliar. Lesión hepática sólido quística compleja con paredes finas, bordes bien definidos, localizada en segmento Iva del lóbulo hepático izquierdo de 37 mm de diámetro mayor. Presentado un componente quístico en su interior y una imagen nodular de aspecto sólido de 20 mm que presenta signos de restricción a la difusión de agua. Hemos definido esta imagen característica como "signo del eclipse".



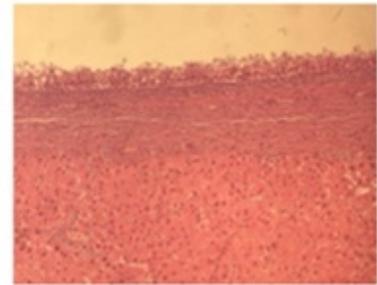
Figura 2. Visión de la lesión en ecografía laparoscópica; lesión solido-quística con ecos en interior. Sombra acústica posterior. Relación con pedículo portal izquierdo.



Figura 3. Macro de la pieza de patología. Inmediatamente por debajo de la cápsula de Glisson se identifica una lesión quística de contornos netos y finamente encapsulada con unas dimensiones de 36 x 27 x 26 mm, que contiene un fluido denso.

Figura 4. Análisis anatomopatológicos del quiste hepático ciliar:

- cuatro capas:**
- Un epitelio columnar ciliado pseudoestratificado, con células con mucina.
 - Una capa de tejido conectivo subepitelial.
 - Una de músculo liso.
 - Una cápsula externa fibrosa bien definida.
- * Seguido de parénquima hepático normal.



Discusión: Los quistes ciliados hepáticos (QCH) del intestino anterior son poco frecuentes. En la literatura hay unos 100 casos publicados. Suelen diagnosticarse en pacientes de mediana edad. Clínicamente asintomáticos o asociados a molestias abdominales por distensión del Glisson. Patognomónicamente se caracterizan por tener cuatro capas: un epitelio columnar ciliado pseudoestratificado de tipo respiratorio, con células con mucina; una capa de tejido conectivo subepitelial, una de músculo liso y una cápsula externa fibrosa bien definida (fig. 4). Expresan marcadores generales y específicos de las estructuras del intestino anterior (citoqueratina 7 y 19). La mayoría se encuentran centrohepáticas, segmento IV. Radiológicamente son indistinguibles de otras neoplasias quísticas. Ecográficamente se presenta como lesiones quísticas, uniloculares e hipoeoicas. En TC aparecen como lesiones hipodensas que no captan y algunas presentan un componente quístico. Por RNM son hiperintensas en T2, y con diferentes densidades en T1. La mayoría presentan un comportamiento benigno, con un mínimo porcentaje (3-5%) que malignizan en forma de carcinoma de células escamosas. El tratamiento de elección es la cirugía mínimamente invasiva dado que la mayoría son pequeños, centrales y subcapsulares.