

Quistes Hepáticos: Tipos y Tratamiento

Los quistes hepáticos representan la lesión hepática más frecuente en la población general, afectando entre 5 y 14% de las personas, con una prevalencia significativamente mayor en mujeres que en hombres (proporción 4:1). La mayoría de estos quistes son asintomáticos y se descubren de manera incidental durante estudios de imagen realizados por otras razones. Los quistes congénitos o simples constituyen la lesión benigna más común del hígado, resultando de restos de conductos biliares hiperplásicos excluidos durante el desarrollo.

Estos quistes simples se caracterizan por tener paredes delgadas, ser homogéneos y estar llenos de líquido seroso claro no bilioso. Su epitelio es cuboidal y secreta continuamente este líquido. En los estudios de imagen hepáticos aparecen como estructuras bien definidas con pocos o ningún tabique. Aunque la mayoría permanecen asintomáticos durante toda la vida del paciente, los quistes grandes pueden causar síntomas como dolor abdominal, sensación de plenitud epigástrica, saciedad temprana e incluso presentarse como una masa abdominal palpable.

Quistes Simples

Asintomáticos en su mayoría. Tratamiento conservador. Aspiración percutánea con escleroterapia 90% efectiva para casos sintomáticos.

Cistadenoma Biliar

Lesiones benignas poco comunes de crecimiento lento. Paredes gruesas con nódulos. Riesgo de transformación maligna. Requiere resección quirúrgica.

Enfermedad de Caroli

Malformación congénita con dilatación quística de conductos biliares. Asociada con litiasis biliar y colangitis. Tratamiento mediante drenaje biliar.

El manejo de los quistes simples asintomáticos es conservador, sin necesidad de intervención. Para los quistes sintomáticos, el tratamiento preferido consiste en aspiración percutánea guiada por ultrasonido o tomografía computarizada, seguida de escleroterapia, procedimiento que resulta aproximadamente 90% efectivo para controlar los síntomas y producir la ablación de la cavidad del quiste. Si el tratamiento percutáneo no está disponible o resulta ineficaz, se puede recurrir a la fenestración quirúrgica de quistes, ya sea mediante abordaje abierto o laparoscópico, siendo este último el más utilizado actualmente con una efectividad del 90%.

Enfermedad Hepática Poliquística: Diagnóstico y Manejo

La enfermedad hepática poliquística en adultos (PCLD) se presenta como una enfermedad autosómica dominante que típicamente se manifiesta en la tercera década de la vida. Entre 44 y 76% de las familias afectadas presenta mutaciones de PKD1, mientras que aproximadamente 75% tiene mutaciones de PKD2. La prevalencia y el número de quistes hepáticos son significativamente más altos en mujeres y aumentan con la edad avanzada, la gravedad de la enfermedad quística renal y el grado de disfunción renal.

Los pacientes con pocos quistes o quistes pequeños (menores de 2 cm) permanecen mayormente asintomáticos. Sin embargo, aquellos que desarrollan numerosos o grandes quistes, con una relación de volumen quistes a parénquima mayor a 1, generalmente desarrollan síntomas clínicos significativos incluyendo dolor abdominal, distensión, dificultad respiratoria y saciedad temprana. La progresión de la enfermedad frecuentemente produce insuficiencia renal y necesidad de hemodiálisis.

En la mayoría de los pacientes, el volumen del parénquima hepático y la función de síntesis se conservan a pesar de una enfermedad quística extensa. La descompensación hepática, hemorragia por várices, ascitis y encefalopatía se desarrollan raramente y solo en aquellos con enfermedad quística masiva. El hallazgo bioquímico anormal más común es un nivel de γ -glutamyltransferasa modestamente elevado. Las pruebas de imagen más útiles son la tomografía computarizada o resonancia magnética del abdomen, que demostrarán el aspecto poliquístico característico.

01

Tratamiento Médico Experimental

Análogos de somatostatina (octreótido, lanreótido) reducen modestamente el volumen hepático. Sirolimus e inhibidores mTOR con efectos antiproliferativos.

02

Aspiración y Escleroterapia

Para quistes dominantes mayores de 5 cm. Agentes: etanol, minociclina, tetraciclina. Resolución completa de síntomas en casos apropiados.

03

Fenestración Quirúrgica

Abierta o laparoscópica para múltiples quistes. Alivio inmediato en 92% de casos. Recurrencia de síntomas en 22% de pacientes.

04

Resección Hepática

Para hepatomegalia masiva. Requiere segmento con parénquima normal. Alivio significativo de síntomas en 86% de pacientes.

05

Trasplante Hepático

Tratamiento definitivo para PCLD sintomática extrema. Considerar trasplante combinado hígado-riñón si hay insuficiencia renal grave.

El objetivo principal del tratamiento para la PCLD es mejorar los síntomas disminuyendo el volumen del hígado. El trasplante ortotópico de hígado (OLT) representa el único tratamiento definitivo para pacientes con PCLD sintomática, indicado en pacientes con síntomas extremadamente incapacitantes que conducen a una mala calidad de vida o en aquellos que han desarrollado complicaciones intratables como hipertensión portal y privación nutricional.

Complicaciones Asociadas

- Hemorragia intraquística
- Infección de quistes
- Rotura postraumática
- Aneurisma cerebral
- Diverticulosis
- Prolapso válvula mitral
- Hernia inguinal

Lesiones Hepáticas Benignas Sólidas

El hígado es un órgano frecuentemente involucrado de manera primaria o secundaria con procesos vasculares, metabólicos, infecciosos y malignos. Las lesiones benignas del hígado ocurren en hasta 20% de la población general y son mucho más comunes que los tumores malignos. Las lesiones benignas sólidas más frecuentes incluyen hemangiomas, hiperplasia nodular focal (FNH) y adenomas hepatocelulares, cada una con características típicas en estudios de imagen que ayudan a confirmar el diagnóstico.

Hemangioma



Las masas benignas sólidas más comunes del hígado, presentes en 2 a 20% de la población con predominio en mujeres. Consisten en grandes espacios vasculares revestidos de endotelio y representan lesiones vasculares congénitas. Pueden variar desde hemangiomas cavernosos pequeños (≤ 1 cm) hasta gigantes (10 a 25 cm). La mayoría se descubre incidentalmente con poca consecuencia clínica.

En tomografía computarizada de contraste bifásico muestran realce periférico nodular asimétrico isodenso con vasos grandes y relleno de realce centrípeto progresivo. En resonancia magnética son hipointensos en T1 e hiperintensos en T2. La resección quirúrgica se considera solo si el paciente es sintomático, mediante enucleación o resección hepática formal.

Adenoma Hepático



Neoplasias benignas observadas con mayor frecuencia en mujeres premenopáusicas mayores de 30 años, usualmente solitarias aunque pueden aparecer múltiples. El uso de estrógenos (anticonceptivos orales) es un claro factor de riesgo. Histológicamente carecen de glándulas biliares y células de Kupffer, no tienen lóbulos verdaderos y contienen hepatocitos congestionados o vacuolados.

Conllevan riesgo significativo de rotura espontánea con hemorragia intraperitoneal (10-25% de casos) y riesgo de transformación maligna a carcinoma hepatocelular bien diferenciado. Por tanto, se recomienda resecar quirúrgicamente los adenomas hepáticos grandes ($>4-5$ cm). El uso de anticonceptivos orales debe interrumpirse cuando se diagnostica.

Hiperplasia Nodular Focal



Lesión sólida benigna que se cree es una respuesta hiperplásica a una arteria anómala. Más común en mujeres en edad fértil, aunque el vínculo con anticonceptivos orales no es tan claro como con adenomas. En tomografía computarizada aparecen bien circunscritas con cicatriz central típica, mostrando intensificación homogénea intensa en fase arterial.

A diferencia de los adenomas, las lesiones de FNH generalmente no se rompen espontáneamente y no tienen riesgo significativo de transformación maligna. El manejo suele ser observación prospectiva independientemente del tamaño. La resección quirúrgica se recomienda solo cuando los pacientes son sintomáticos o cuando no se puede excluir definitivamente adenoma hepático o carcinoma hepatocelular.

Hamartoma del Conducto Biliar

Pequeñas lesiones hepáticas de 2 a 4 mm visualizadas en la superficie del hígado durante laparotomía. Apariencia firme, lisa y de color amarillo blanquecino. Pueden ser difíciles de diferenciar de pequeñas lesiones metastásicas, requiriendo frecuentemente biopsia por escisión para establecer el diagnóstico definitivo.

Diagnóstico Diferencial

Para lesiones hepáticas sólidas benignas, el diagnóstico diferencial incluye hemangioma, adenoma, FNH y hamartoma del conducto biliar. Los estudios de imagen avanzados, especialmente resonancia magnética con agentes de contraste específicos del hígado como gadoxetato, permiten distinguir estas lesiones con alto grado de precisión.