

ERRORES EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS LESIONES QUÍSTICAS HEPÁTICAS

Paula García López, Àngels Messeguer, David Murillo Povedano.

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia;

ÍNDICE

Objetivo docente

Revisión del tema

Conclusiones

Referencias

1. OBJETIVO DOCENTE

Conocer las diferentes lesiones quísticas hepáticas con tal de filiar patología relevante o no.

Conocer las diferentes técnicas de imagen para categorizar estas lesiones.

Ayudar en el diagnóstico, manejo y tratamiento de las lesiones quísticas que lo requieran.

2. REVISIÓN DEL TEMA: introducción

Las lesiones quísticas hepáticas suponen un hallazgo incidental frecuente en la población (2-5 al 18%) de población.

Son lesiones bien definidas con una pared fina cuyo fluido interior puede ser bilioso, sedoso, neurótico, hemorrágico, proteináceo o mixto.

Debemos prestar detalle a características atípicas que nos hagan sospechar malignidad como una pared gruesa, septos, polo sólido, la captación de contraste o que no tengan una señal de líquido.

2. REVISIÓN DEL TEMA: quiste hepático simple

ECO: lesión anecoica homogénea con pared fina sin septos ni nódulos.

TC: lesión hipointensa con atención cercana al agua sin captación de contrastante. No se observa septos ni nódulos.

RM: lesión hipoT1 e hiperT2 sin captación de contraste de pared fina sin septos ni nódulos.

+Poliquistosis hepática: múltiples quistes simples que pueden llegar a comprimir estructuras.

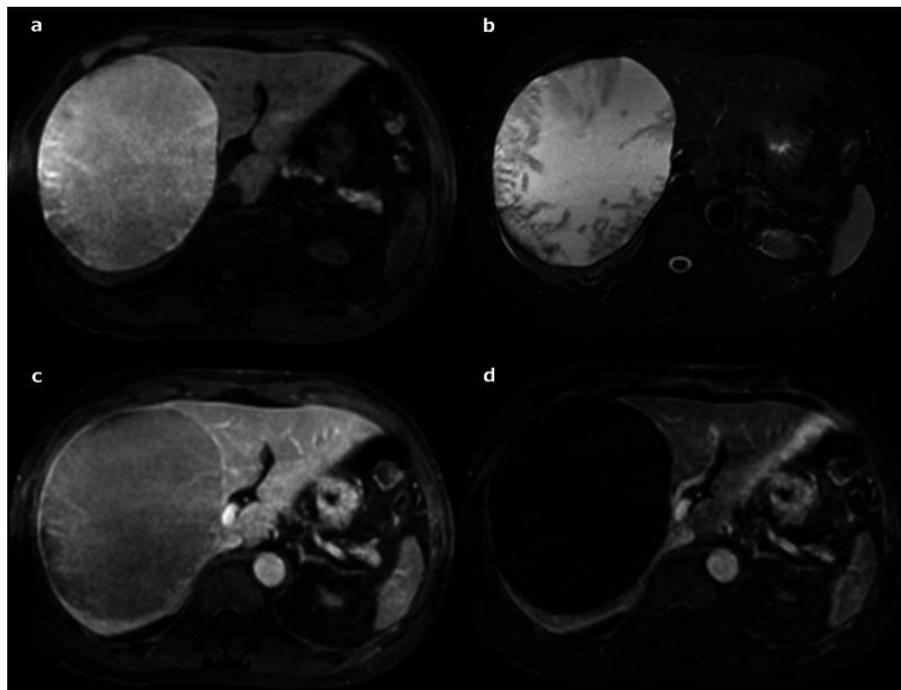
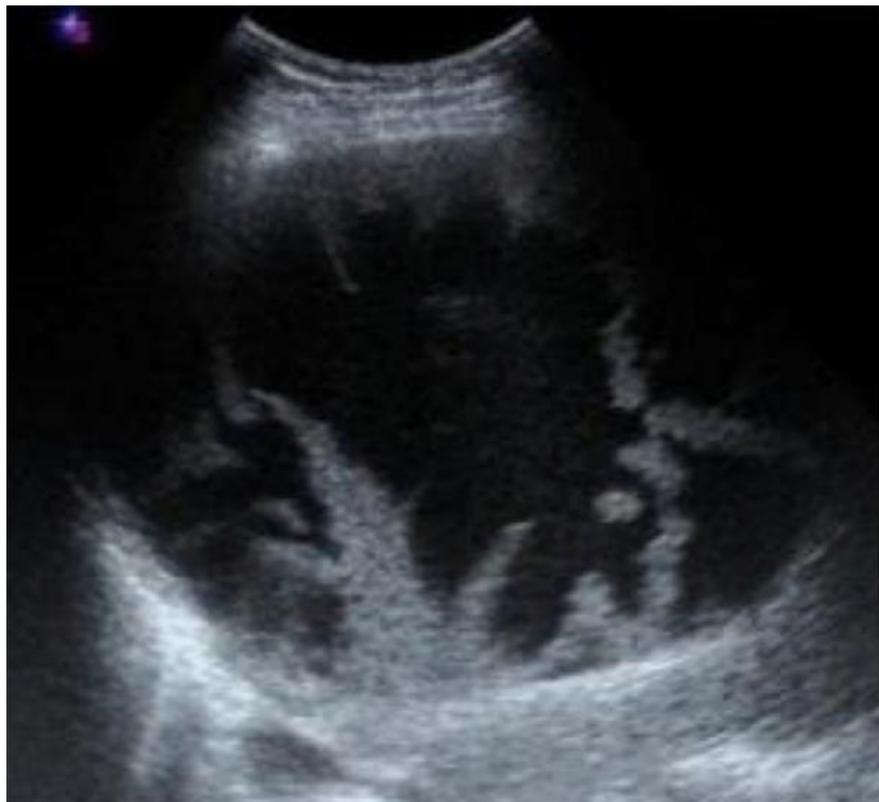


2. REVISIÓN DEL TEMA: quiste hemorrágico

ECO: lesión heterogénea anecoica/hiperecoica sin captación de contraste en los septos. Puede ser dolorosa la exploración.

TC: lesión hipertensa con densidad mayor que el agua con niveles líquidos sin captación de contraste.

RM: lesión heterogénea con intensidad de señal variable de la sangre en su interior dependiendo del estado evolutivo sin captación de contraste.



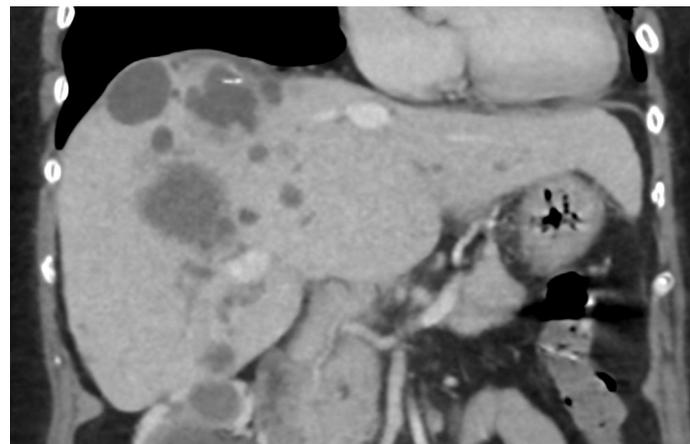
[imágenes tomada de artículo [1]]

2. REVISIÓN DEL TEMA: quiste infectado

ECO: lesión anecoica/hiperecoica con pared gruesa.

TC: lesión hiperdensa con atenuación mayor que el agua, pared gruesa que capta contraste,, nivel líquido y burbujas en su interior.

RM: lesión con intensidad heterogénea con pared gruesa que capta contraste y con restricción a la difusión.

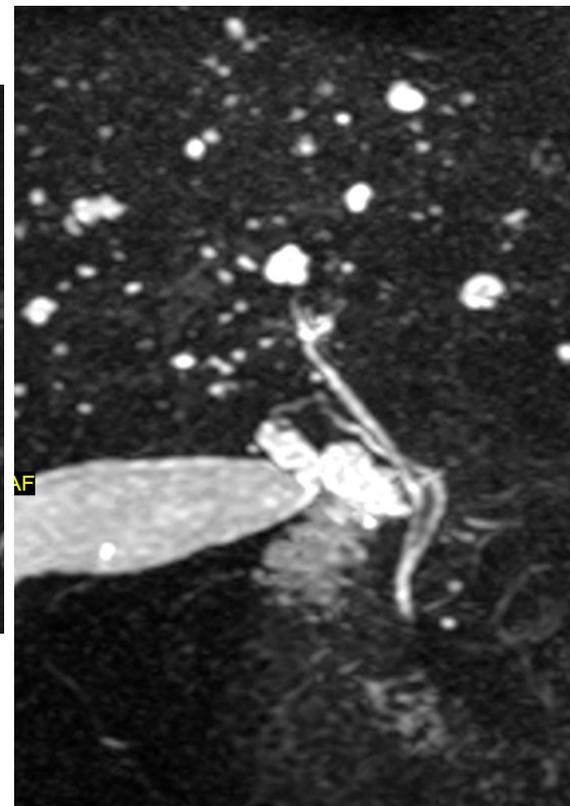
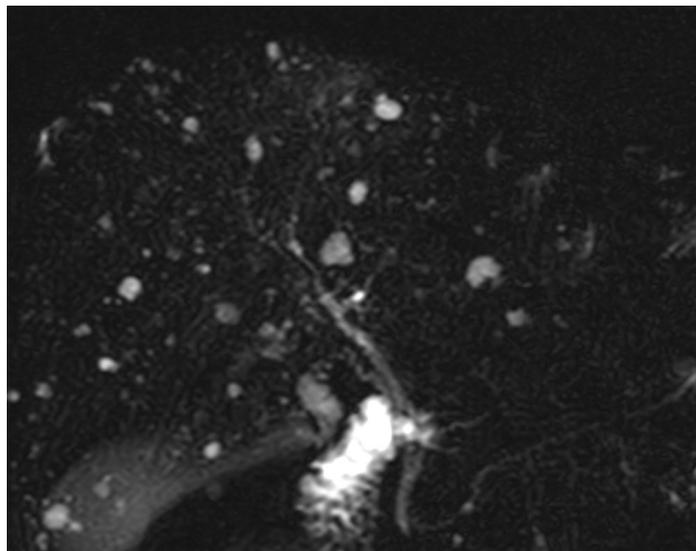
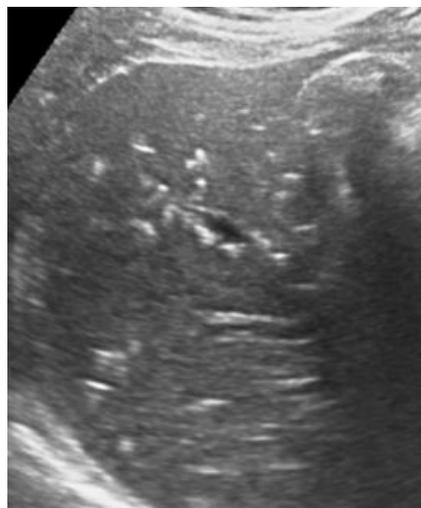
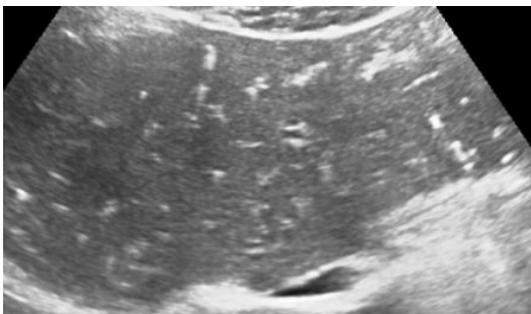


2. REVISIÓN DEL TEMA: hamartoma ductal biliar

ECO: pequeñas y múltiples lesiones hiperecoicas. Presentan el artefacto de “cola de cometa” y el signo de “tormenta de nieve”.

TC: lesiones múltiples y pequeñas de forma irregular hipointensas sin captación de contraste.

RM: lesiones múltiples y pequeñas hipoT1 e híperT2 con aspecto en “cielo estrellado” que no comunican con el tracto biliar.



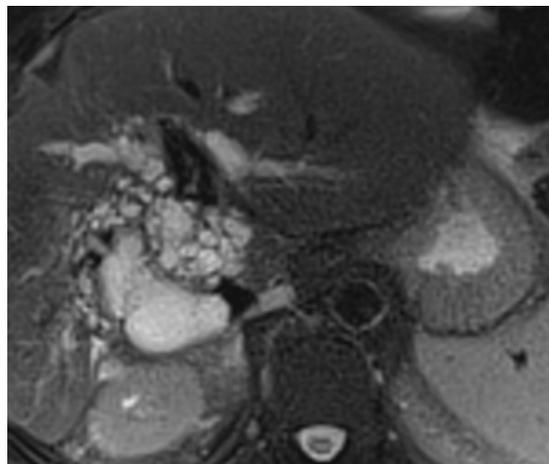
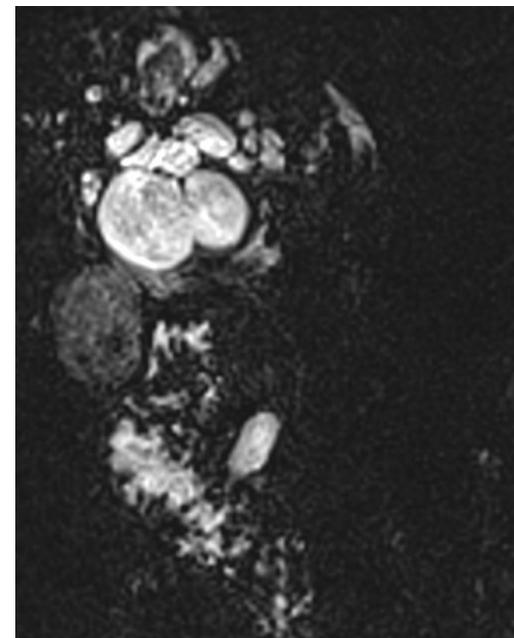
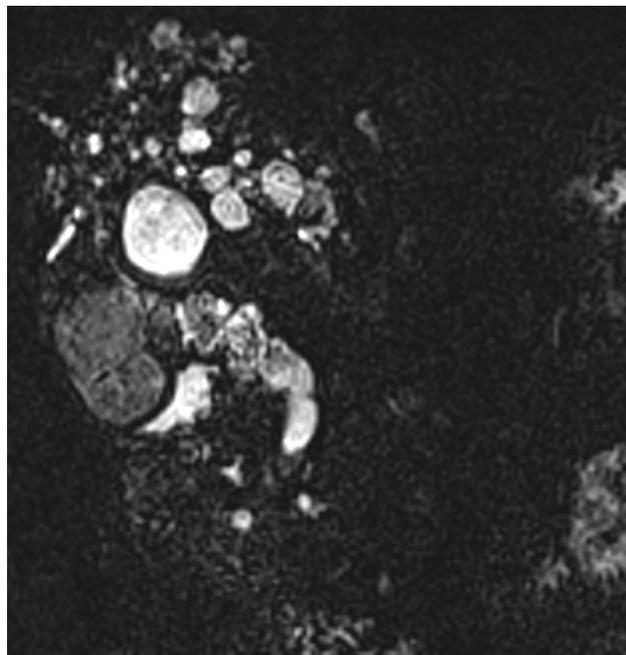
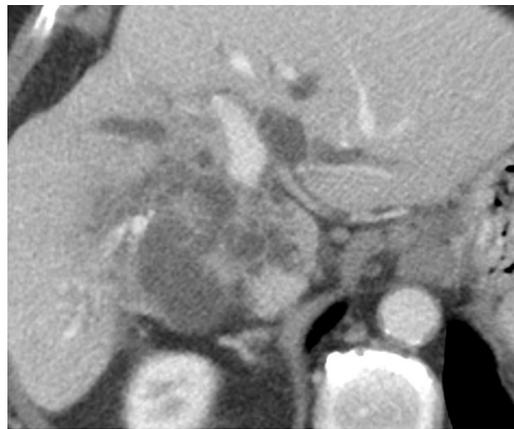
2. REVISIÓN DEL TEMA: enfermedad de Caroli

ECO: dilatación aneurismática difusa del tracto biliar con el signo de “central dot”.

TC: similar a los hallazgos en eco. Mejor visibilidad de signo “dot central” y de litiasis intrahepáticas.

RM: similar a los hallazgos en TC. Se observa la comunicación con el tracto biliar

*síndrome Caroli: se observa además alteración en la morfología hepática.



2. REVISIÓN DEL TEMA: quiste peribiliar

ECO: múltiples y pequeños quistes periportales en forma de “string pearls”.

TC: hallazgos similares que en ecografía.

RM: hallazgos similares que en TC. No sé observa comunicación con el tracto biliar.

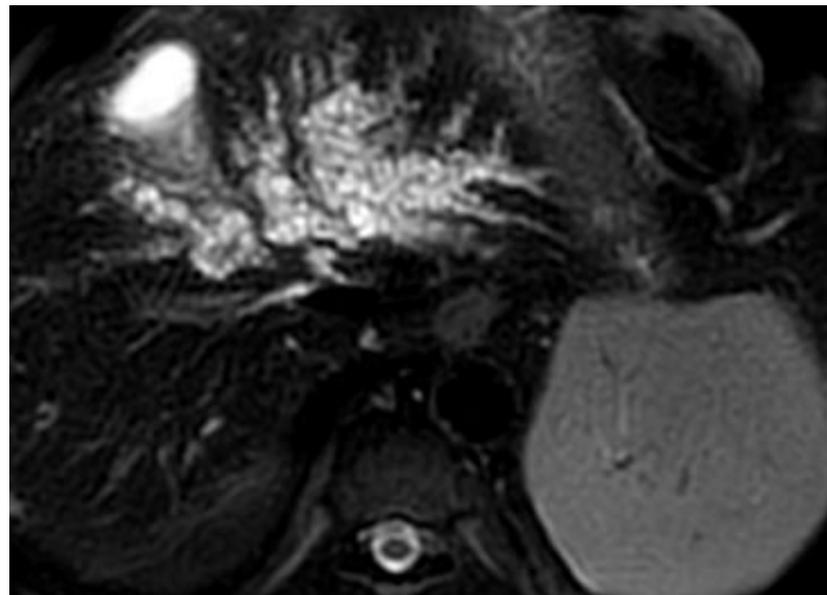
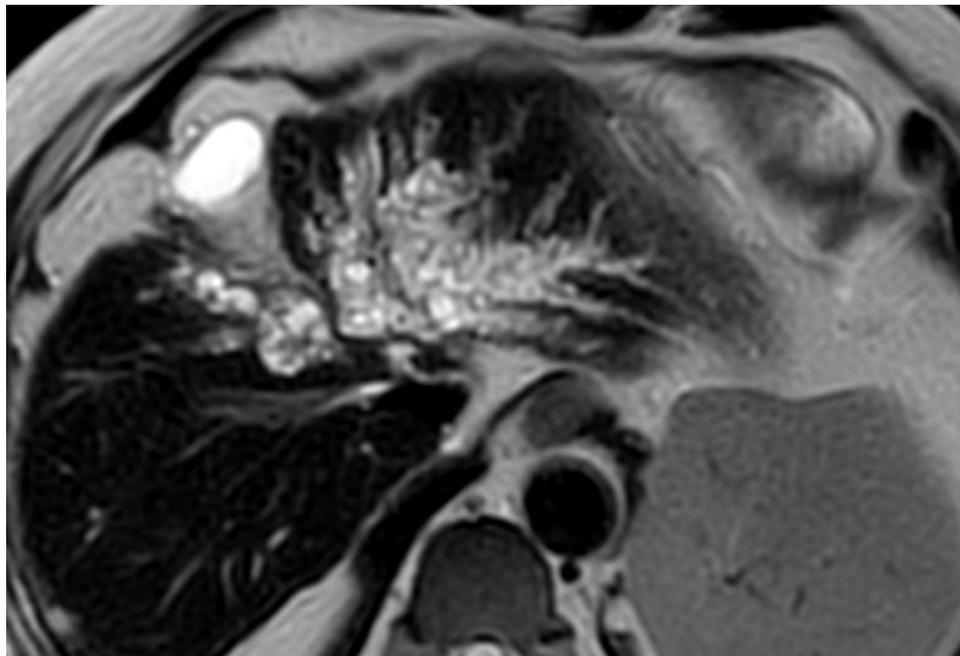
37 Congreso
Nacional
CENTRO DE
CONVENCIONES
INTERNACIONALES

Barcelona
22/25
MAYO 2024

seram

Ferm

RC | RADIOLOGÍA DE CATALUÑA

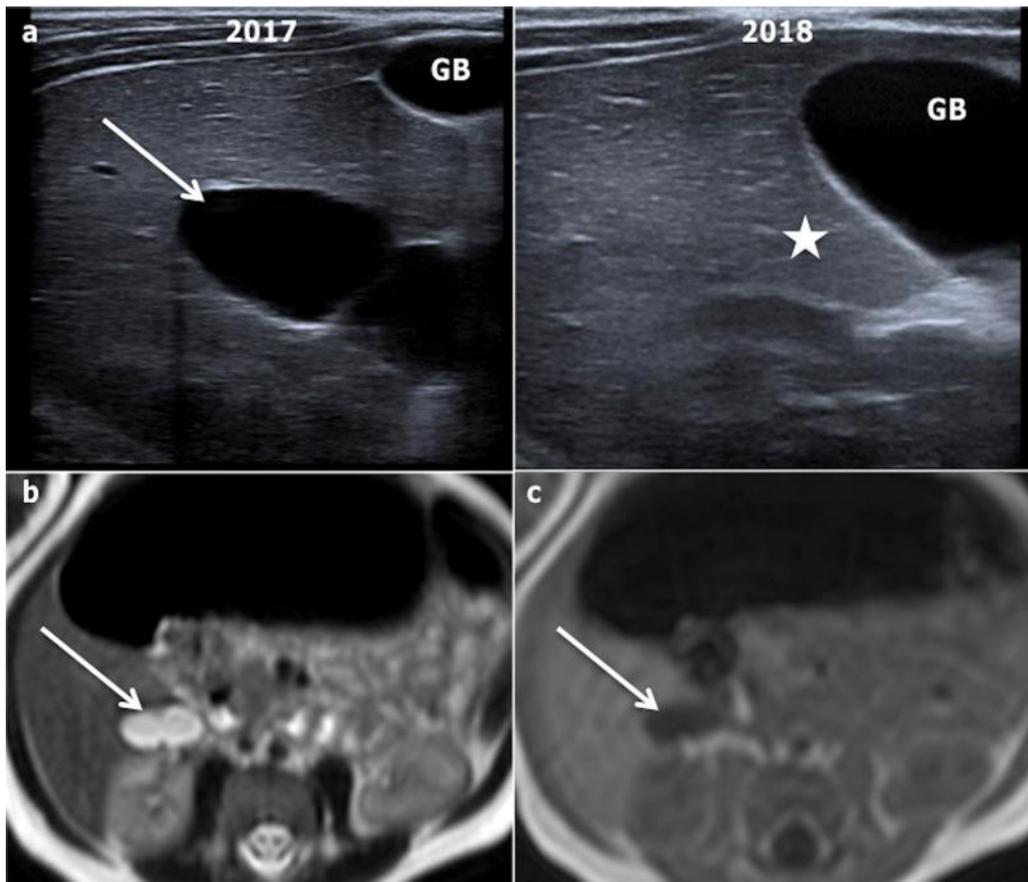


2. REVISIÓN DEL TEMA: malformación linfática hepática

ECO: lesión multilocular anecoica/hiperecoica cuyos septos captan contraste.

TC: lesión multilocular cuyos septos y pared fina captan contraste.

RM: lesión con señal de intensidad variable en T1 y T2. Se observa un conducto biliar dilatado en linfoRM.



imágenes tomada de
artículo [1]

2. REVISIÓN DEL TEMA: neoplasia mucinosa quística

ECO: lesión solitaria, multiloculada e hipoecoica, de bordes irregulares con septos y pared gruesa.

TC: lesión hipodensa, multiloculda con septos y pared gruesa que captan contraste. El tipo invasivo presenta nódulo mural y calcificaciones atípicas.

RM: hallazgos similares al TC siendo una lesión hiperT2 e hipot1. Presenta conexión con el tracto biliar. Puede observarse restricción a la difusión.

2. REVISIÓN DEL TEMA: neoplasia intrapapilar biliar

ECO: lesión hipo/híperecogénica intraluminal que dilata los conductos previos a la lesión.

TC: lesión intraductal con realce heterogéneo en fase arterial sin aumento del mismo en fase portal y tardía.

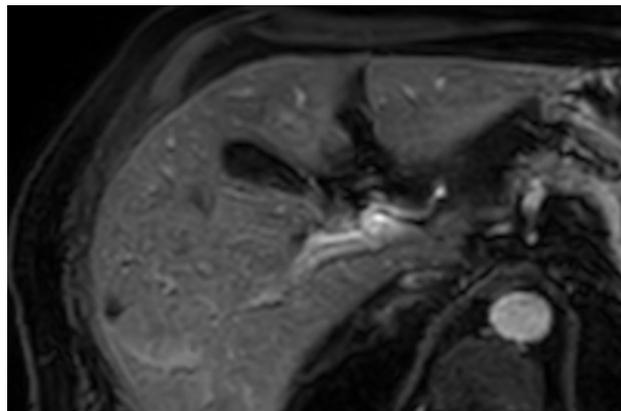
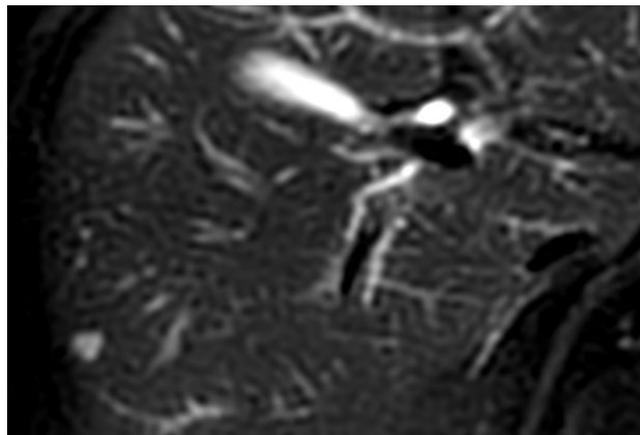
RM: lesión hiperT2 e hipoT1 con realce en fase arterial sin aumento del mismo en fase portal y tardía. Se observa comunicación con el tracto biliar. Posible restricción a la difusión.

2. REVISIÓN DEL TEMA: metástasis quísticas

ECO: lesión no puramente anecoica con pared gruesa, septos y nódulo mural.

TC: lesión hipodensa con pared gruesa, septos, nódulo mural y que realza con contraste.

RM: lesión hiperT2 e hipoT1 con caracteres similares al TC. Se puede observar una restricción a la difusión central en el caso que forme un absceso.

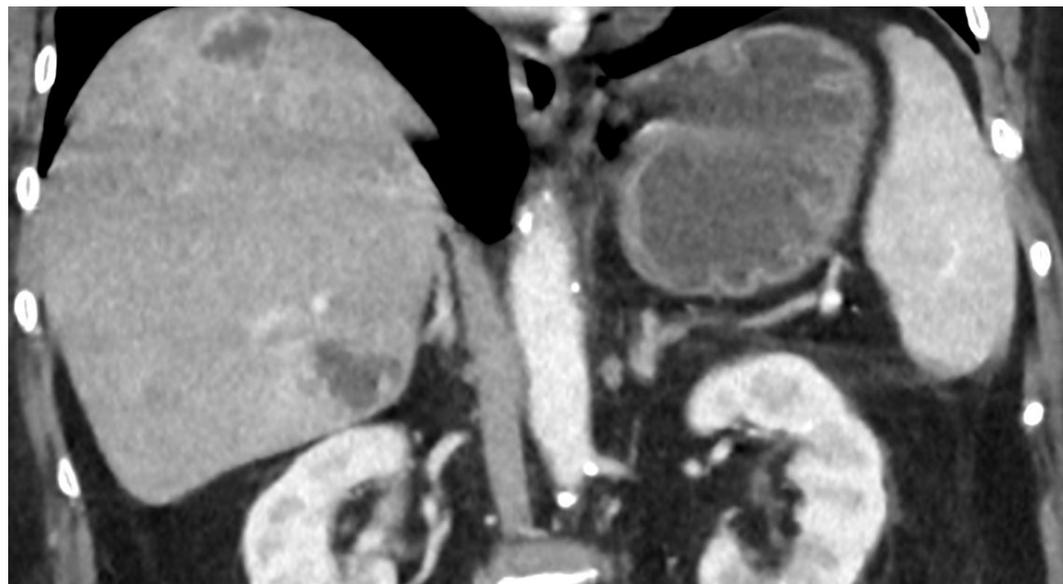
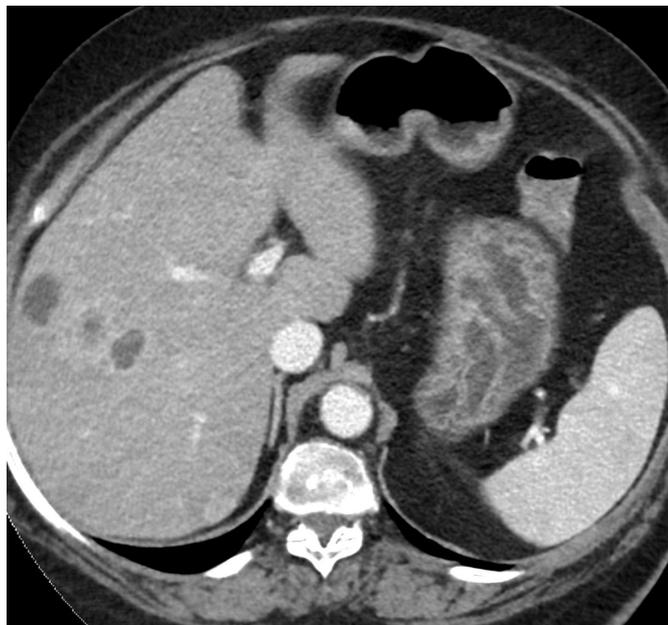


2. REVISIÓN DEL TEMA: absceso piogénico

ECO: lesión heterogénea pudiendo ser hiper/hipo/anecoico.

TC: lesión hipodensa que puede presentar los signos de “double target”, “cluster” y patrón de “honeycomb”. Puede observarse burbuja de gas.

RM: lesión hiperT2 e hipoT1. Mismas características que en TC. Puede presentar restricción a la difusión.

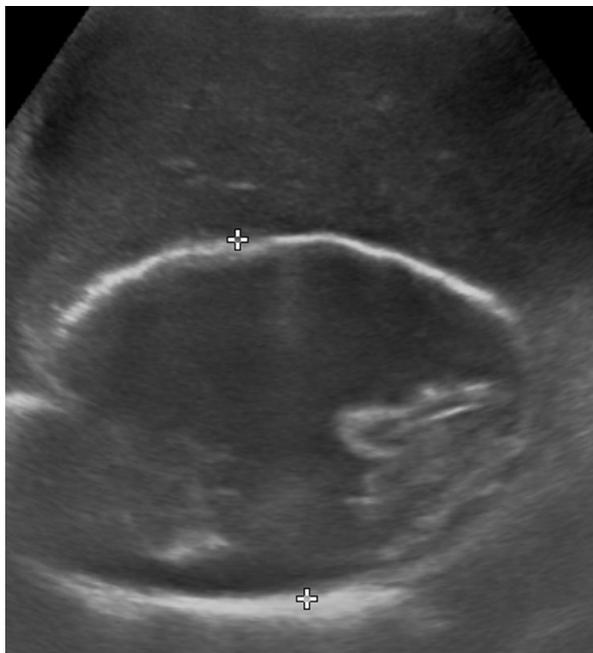


2. REVISIÓN DEL TEMA: quiste hidatídico

ECO: lesión anecoica con márgenes irregulares con posibilidad de observar ecos internos móviles y partes híperecogénicas.

TC: lesión hipodensa con márgenes irregulares, pared gruesa, septos internos y calcificaciones en pared.

RM: lesión hiperT2 con pared y septos hipoT2. Patrón típico “wheel-spoke”.



2. REVISIÓN DEL TEMA: equinocosis hepática

ECO: lesión hipo/hiper/anecoica, heterogénea con márgenes irregulares.

TC: lesión hipodensa, heterogénea, de márgenes irregulares y calcificación central. Puede deformar la cápsula hepática. No capta contraste.

RM: lesión hiperT2 e hipoT1. En las partes fibróticas se observa hipoT2 e hipoT1.

Multivesicular.

3. CONCLUSIONES

Las lesiones quísticas hepáticas son frecuentemente detectadas de forma incidental en estudios de abdomen en Radiodiagnóstico. Estas lesiones pueden ser benignas, premalignas o malignas.

Presentan diversas etiologías por lo que los datos clínicos junto con un estudio radiológico adecuado permiten llegar a un diagnóstico.

Disponemos de varias técnicas diagnósticas como la ecografía, el TC y la RM. Además ayudan a monitorizar un tratamiento y permiten hacer un seguimiento.

4. REFERENCIAS

1. Cystic liver lesions: a pictorial review. Insights into Imaging. Mégane Chenin^{1*}, Anita Paisant. Jérôme Lebigot. Paul Bazeries. Spectrum of Multilocular Cystic Hepatic Lesions: CT and MR Imaging Findings with Pathologic Correlation. Li Jun Qian, MD . Jiong Zhu, MD . Zhi Guo Zhuang, MD .
2. Cystic Focal Liver Lesions in the Adult: Differential CT and MR Imaging Features. Koenraad J. Mortelet, MD . Pablo R. Ros, MD.
3. Cystic Lesions of the Liver. Authors: Behroze Vachha, Maryellen R. M. Sun, Bettina Siewert, and Ronald L. Eisenberg.
4. Prevalence of benign focal liver lesions: ultrasound investigation of 45,319 hospital patients. Kaltenbach TE-M, Engler P, Kratzer W, et al. Abdom Radiol (NY) 2016;41(1):25–32.
5. Borhani AA, Wiant A, Heller MT. Cystic hepatic lesions: a review and an algorithmic approach. AJR Am J Roentgenol. 2014;203(6):1192–1204.