

SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA PUNCION ASPIRACION-DRENAJE Y ESCLEROSIS DE LOS QUISTES HEPATICOS SIMPLES

Tipo: Presentación Electrónica Científica

Autores: Miguel Angel Zarca Diaz De La Espina, Carmen Martos Plasencia, Alicia Hernandez Albuja, Rosario Salmoral Luque

Objetivos

En la actualidad los quistes simples encuentran presentes en el 2,5-4.65 %¹ de las exploraciones abdominales por ultrasonidos.

El objetivo de nuestro estudio es poner de manifiesto la seguridad y eficacia de la puncion, aspiracion-drenaje, y esclerosis (PADE) evaluando nuestra experiencia en los ultimos 5 años, y suponiendo una alternativa a la cirugia hepatica, ya sea laparoscópica o abierta, en el tratamiento de los quistes hepaticos sintomaticos .

Material y métodos

Realizamos estudio descriptivo y retrospectivo respecto al tratamiento de 17 quistes simples (tanto quistes simples como enfermedad poliquistica ,con o sin afectacion renal) en 11 pacientes con afectacion hepatica.

En todos los casos el diagnostico de enfermedad quistica hepatica se realizó por metodos de imagen (Ultrasonidos, TC, o ambas Fig 1 y 2),y en todos los casos en que se realizo tratamiento estos presentaban sintomatología clinica .

Se descartaron previamente:Cólico biliar,Pancreatitis,Ulcera péptica,Dispepsia no ulcerosa,Colon irritable,Reflujo gastroesofágico

Tambien se descartaron mediante tecnicas de imagen y serologicas los quistes parasitarios (echinococcus granulosus o multilocularis) y malignidad hepatica quistica ,mediante tecnicas de imagen (CT,RM,PET-CT), marcadores tumorales y citologia.

Se realizo cultivo de la muestra para descartar infeccion y citologia

El drenaje se realizó guiado por imagen , y tras aspirar y colocar un cateter pig tail 8F ,se calculo el volumen drenado con el fin de instilar un esclerosante en cantidad del 25% del volumen extraido.

Se realizó quistografia fig 3 para descartar fistulizacion a la via biliar ,o extravasacion por rotura .Tras comprobar la integridad de la pared , ausencia de reflujo peritoneal y de comunicacion conla via biliar se

procedió a instilar el agente esclerosante .

Fueron empleados povidona yodada, etanol al 99% , o mas recientemente Etanolamina oleato al 5%.

Tras la instilacion del agente en el quiste mediante el cateter se cerro la llave durante dos horas y hizo al paciente dar vueltas sobre su eje en sentido horario , para posteriormente aspirar su contenido .El cateter permanecio abierto sin retirar 24 horas hasta confirmar por imagen la ausencia de lesion residual.

El seguimiento se realizo mediante Us a los 3 meses, 6 meses, 1 año , y en casos de mala visualizacion mediante CT .

Imágenes en esta sección:



Fig. 1: Quiste simple polilobulado imagen de US



Fig. 2: Imagen de CT del mismo quiste poli-lobulado de lóbulo hepático izquierdo



Fig. 3: Quistografía por fluoroscopia demostrando ausencia de fuga o fistula biliar

Resultados

Se trataron de enero de 2010 a diciembre de 2015, 17 quistes simples hepáticos en 11 pacientes. La mayoría fueron mujeres 70,9% , con una edad media de 67 años (47-89 años). El promedio de quistes por paciente tratados fue de 1,2. En 14/17 la enfermedad era poliquística, siendo poliquística hepato-renal 3/14. Solo tres pacientes presentaban quistes simples únicos.

Se trataron solo los enfermos sintomáticos, siendo el tamaño medio de 12 cms.

Por localización resultaron tener la misma prevalencia en cualquiera de los dos lobulos, y en 2 pacientes fueron sintomáticos bilateralmente.

Presentaron dolor 10/17 siendo el síntoma de presentación más frecuente, y se acompañó con igual frecuencia de fiebre, o dispepsia (sobre todo los localizados en lóbulo izquierdo).

Se realizó punción-aspiración y drenaje en los 17 quistes de 11 pacientes , si bien se esclerosaron 13, mientras en los 4 restantes solo se realizó drenaje debido a infección. De ellos solo recidivó 1 caso pese a no realizarse escleroterapia. Los germenos fueron: streptococo, enteroco, e coli, fusobacterium.

En todos los casos tras la escleroterapia se produjo disminución del quiste hasta la desaparición. Fig 4 y 5.

Estudio de CT previo al tratamiento y control a los 6 meses mostrando la desaparición del quiste.

La recidiva fue más frecuente en aquellos casos no esclerosados o tratados con etanol o povidona yodada.

No se produjeron recidivas en los que fueron tratados con etanolamina, que también presentaron mejor tolerancia sin efectos secundarios .

El máximo de quistes por paciente tratados fue de 5, y a razón de 2-3 por sesión. Cuando se realizaron varias sesiones estas fueron separadas por 3-5 días, y en los no complicados la estancia osciló entre las 24 horas y 7 días.

El promedio de seguimiento fue de 22,12 meses, y la recidiva se presentó en dos casos (11%) .

Las complicaciones se produjeron en tres casos .Dos presentaron fiebre uno de ellos con hematoma y uno pancreatitis leve moderada con buena evolución. La pancreatitis la atribuimos a el efecto de compresión y descompresión del conducto de wirsung en una paciente con quiste gigante de lóbulo izquierdo durante la quistografía y al efecto de la compresión al dar vueltas el paciente sobre si mismo con el esclerosante .fig 6,7 y 8 CT pretratamiento y ecografía y tac-quistografía tras el mismo con el diagnóstico de pancreatitis sin rotura de quiste descartando peritonitis química.

Un paciente presentó hematoma post drenaje ,habiendo sido rescatado de tratamiento previo mediante quistoperiquistectomía quirúrgica.

Imágenes en esta sección:



Fig. 4: Imagen de CT de quiste simple no complicado de lóbulo izquierdo



Fig. 5: Resolución completa del quiste a los 6 meses tras esclerosis con etanolamina



Fig. 6: Quiste sintomático de lóbulo hepático izquierdo que comprime páncreas



Fig. 7: Ecografía tras la esclerosis con povidona iodada , demostrando ausencia de fugas

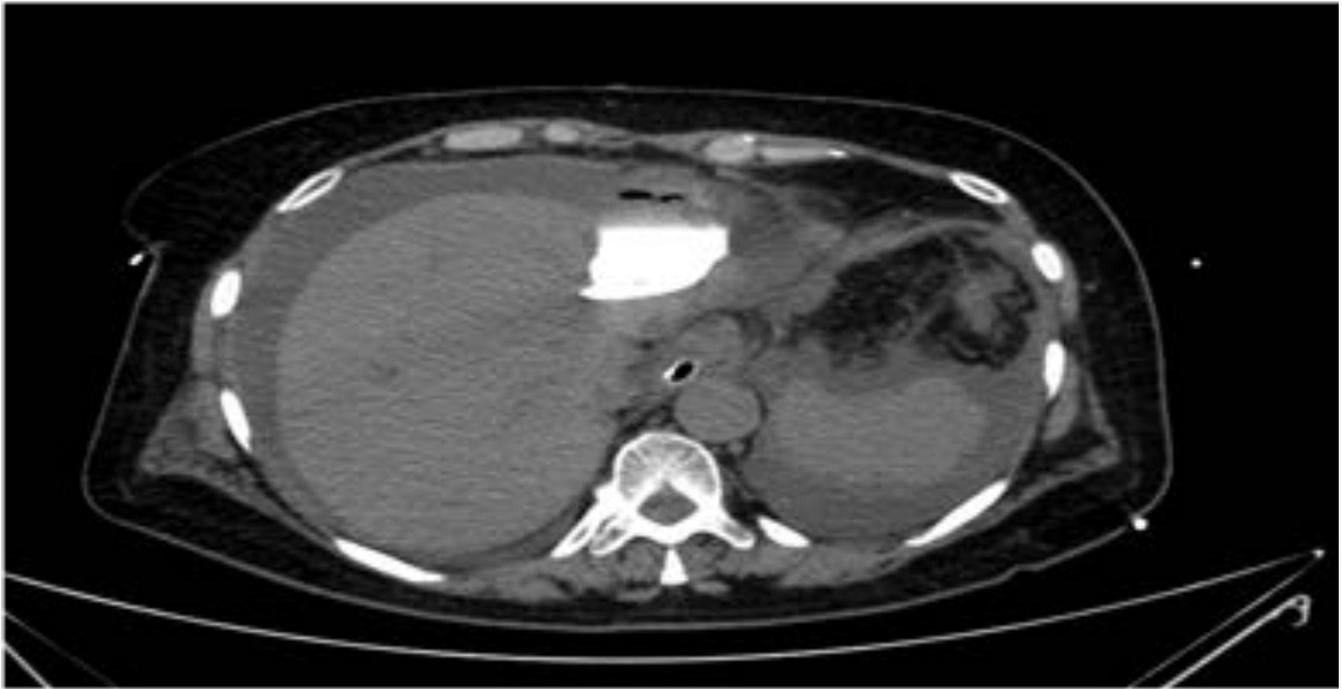


Fig. 8: CT quistografía mostrando ausencia de fuga de contraste del quiste. Líquido libre intraperitoneal secundario a pancreatitis

Conclusiones

La punción, drenaje y la esclerosis de los quistes simples representa una alternativa de primera elección a la fenestración laparoscópica o deroofing, y la hepatectomía, permitiendo incluso el rescate de pacientes con quistes recidivados de la misma ².

La recidiva de la esclerosis es poco frecuente, y en caso de existir rescatable en una nueva sesión ³. Nuestros resultados muestran un bajo índice de recidiva y escasas complicaciones, lo que hace del PDAE la técnica de elección en el tratamiento de los quistes simples sintomáticos.

Las complicaciones son poco frecuentes y cuando se presentaron tuvieron buena evolución, presentando por ello menor morbilidad que la cirugía ⁴.

La buena tolerancia de la etanolamina oleato como esclerosante con escaso índice de recidiva hacen que propugnemos este como agente de elección, similar a lo que propugnan otros autores ⁵.

El seguimiento se realiza mediante US, hasta los dos años.

Bibliografía / Referencias

1. Caremani M, Vincenti A, Benci A, Sassoli S, Tacconi D. Ecographic epidemiology of non parasitic hepatic cyst of the liver. *J Clin Ultrasound* 1993;21:115-118
Sanni et al. *AJR* 1983;141:559-560

2. Morthy K, Mihssin N, Houghton. The management of simple hepatic cyst: sclerotherapy or laparoscopic fenestration. *Ann R Coll Surg Engl* 2001;83:409-414.
3. Blonski WC et al Successful aspiration and ethanol sclerosis of a large symptomatic simple liver cyst : case presentation and review of the literature *World J Gastroenterology* 2006;12 (18).
4. Alcohol sclerosis of a giant liver cyst following failed deroofings. *radiology case* 2011;feb (2):19-22. Karam Ad, Connolly C, Fulwadhva U, Hussain S.
5. Nakaoka R, Das K, Kudo M, Chung H, Innoue T. Percutaneous aspiration and ethanolamine oleate sclerotherapy for sustained resolution of symptomatic polycystic liver disease : an initial experience *AJR* 2009;193:1540-45