

Tratamiento del dolor mediante punción guiada por ecografía en la poliquistosis hepática. Reporte de un caso.

R. LAVEZZO, P. BUALO, M. GARCIA DIEGUEZ

Servicio de Clínica Médica. Centro de Salud Municipal "Dr. Leónidas Lucero"

Resumen La enfermedad poliquística hepática raramente es motivo de consulta. En la mayoría de los casos no produce trastornos de la funcionalidad hepática y es asintomática. Sin embargo, en ocasiones, produce manifestaciones clínicas, siendo la más común, la presencia de dolor debido a la distensión de la cápsula de Glisson. Se presenta una paciente de 44 años, portadora de una enfermedad poliquística renal y hepática, que consultó por un dolor abdominal que no respondía a la medicación analgésica, en la cual se obtuvo respuesta favorable mediante la punción guiada por ecografía del quiste de mayor tamaño. Si bien la literatura es escasa y controvertida en lo referente a este procedimiento terapéutico, pareciera ser una medida eficaz, para ser tenida en cuenta una vez agotado el tratamiento farmacológico.

Introducción

La poliquistosis hepatorenal es una afección que ocasionalmente produce sintomatología. Cuando esto ocurre, el síntoma más frecuente es el dolor. Este es, en algunos pacientes, incapacitante y no responde a la medicación analgésica. En estos casos se plantean como opciones terapéuticas la cirugía y la punción guiada por ecografía del quiste de mayor tamaño, con o sin instilación de sustancias en su interior.

Se presenta el caso de una paciente con estas características en la que se obtuvo remisión de la sintomatología con este último procedimiento.

Se discuten este y otros métodos terapéuticos y su efectividad.

Reporte del caso

Paciente de sexo femenino, de 44 años de edad, que ingresa a nuestro servicio en mayo de 1990, por dolor abdominal.

Refería como antecedentes, poliquistosis renal y hepática, diagnosticada por ecografía tres años antes, hipertensión arterial desde hacía dos años. Dos de sus familiares padecían de poliquistosis renal y hepática.

Al examen físico se encontraba afebril y normotensa (con medicación). Adoptaba el decúbito lateral izquierdo como posición antálgica. Presentaba leve asimetría abdominal a expensas de una elevación en hipocondrio derecho y epigastrio, sin dolor a la palpación y con matidez en dicha zona. Palpatoriamente el hígado se presentaba lobulado, con una altura percutoria de 20 cm., asimismo, se constató puñopercusión dolorosa bilateral.

Se visualizaron mediante ecografía y tomografía axial computada los quistes hepáticos y renales.

El dolor impedía la movilización de la paciente, y no cedía con analgésicos comunes ni con derivados morfínicos, por lo que se realizó punción del quiste de mayor tamaño (6,84 cm. de diámetro), evacuándose 70 ml de líquido que no desarrolló gérmenes. El examen citológico reveló células cuboides sin características atípicas.

Se otorgó el alta a la paciente luego de 14 días de internación, permaneciendo asintomática en los 9 meses siguientes, mientras fue controlada.

Dirección Postal:

Centro de Salud Municipal "Dr. Leónidas Lucero"

Estomba 968 - 8000 Bahía Blanca - República Argentina

Comentario del caso

La enfermedad poliquistica hepática es una entidad cuya incidencia es de 0,5% de las necrop-sias. Se trata de un desorden genético, no ligado al sexo, y habitualmente acompaña al compromiso de los riñones. Un tercio de los pacientes que presentan poliquistosis renal también son portadores de quistes en el hígado (1-3). Existen factores de riesgo para el desarrollo de quistes hepáticos en los pa-cientes con poliquistosis renal. Estos son: la edad

avanzada, el sexo femenino, el número de embara-zos y el uso de estrógenos. El grado de disfunción renal parecería también ser un predictor de la pre-sencia de quistes hepáticos (4). En cuanto al sexo, clásicamente se creía que había una incidencia doblemente mayor en el sexo femenino que en el masculino (1), lo cual sería cierto en pacientes no dializados, ya que hay reportes que indican que luego de cierta edad, y en pacientes que han sido dializados, la relación entre los sexos se igualaría (5).

OPCIONES TERAPEUTICAS PARA EL MANEJO SIMTOMATICO EN LA POLIQUISTOSIS HEPATICA

A) MEDIDAS NO QUIRURGICAS:

1- *Farmacológicas:*

- a) DAINE
- b) Derivados Morfínicos

2- *No farmacológicas:*

- a) Punción guiada por ecografía
- b) Punción e instilación de sustancias esclerosantes dentro del quiste.

B) MEDIDAS QUIRURGICAS:

1- *Derivación del contenido del quiste*

- a) Al estómago
- b) A una anstomosis en "Y" de Roux

2- *Resección*

- a) Segmentaria
- b) Lobular

3- *Resección hepática más fenestración del quiste*

Los quistes hepáticos derivan del epitelio biliar (6) o de una célula precursora del mismo. Estas células secretarían fluido dentro del quiste en res-puesta a ciertas sustancias como la secretina (5).

Esta enfermedad se hace ostensible clínicamen-te en la tercer década de la vida. Las manifestaciones que pueden presentarse son: dolor, síntomas por compresión de órganos vecinos y afectación de la suficiencia hepática (1). Existen reportes sobre la presencia de ascitis de causa desconocida asociada a esta entidad (7). Los quistes también pueden complicarse con hemorragias o infecciones (9), habitualmente por E. Coli, si bien han sido reporta-dos otros gérmenes como Pseudomona Aeruginosa (8).

El síntoma más frecuente que motiva la consul-ta es el dolor, causado por la distensión de la cápsula de Glisson, como consecuencia del crecimiento de la glándula por la presencia de los quistes (10). El dolor puede ser, en algunos casos, incapacitante y rebelde al tratamiento farmacológico. Para estos casos se han propuesto como opciones terapéuticas (ver cuadro) el tratamiento quirúrgico (3, 11, 12) y la punción evacuadora guiada por ecografía del quiste de mayor tamaño con o sin instilación de sustancias en el interior de éstos (13-15).

El tratamiento quirúrgico está dirigido a resecar suficiente parénquima como para erradicar los quis-tes, siendo a veces necesaria la hepatectomía lobu-lar. Otros postulan drenar uno de los quistes al

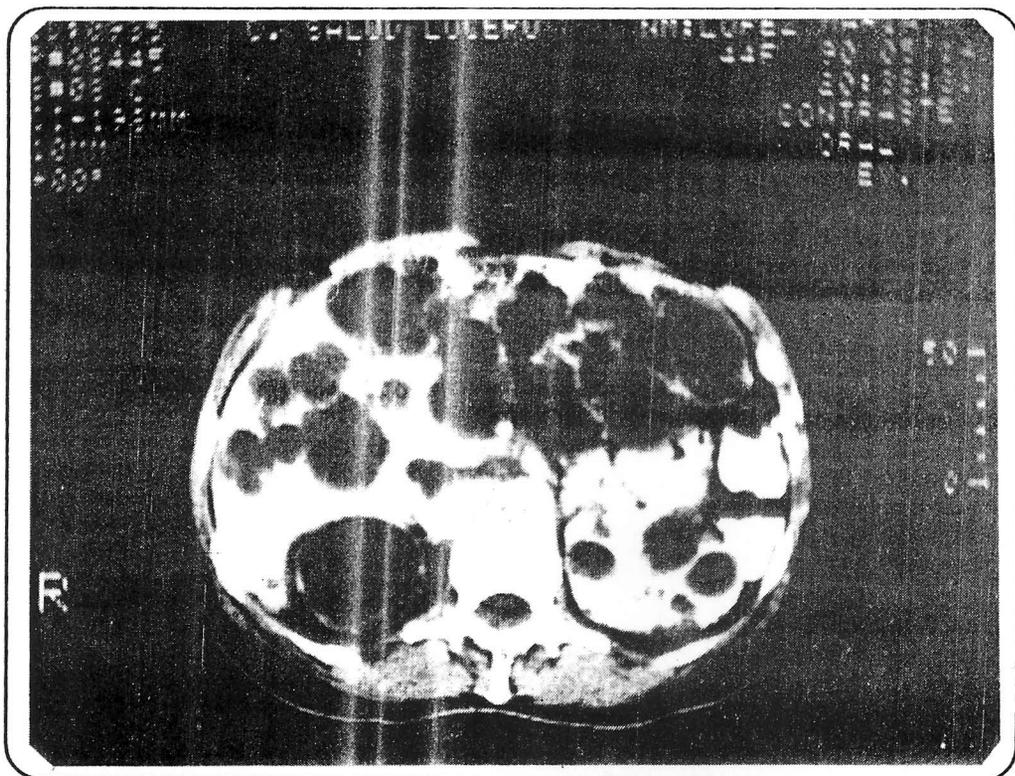


Figura 1: Tomografía Axial Computada, en la que se observa una imagen típica de los quistes múltiples hepáticos y renales.

estómago o a una anastomosis en "Y" de Roux (1). Otras técnicas pregonan la resección de dos o más segmentos, y una fenestración de los quistes del hígado remanente (3, 11, 12). Algunos autores proponen la instilación de alcohol, el cual tiene un efecto esclerosante, si bien suele traer efectos adversos como fiebre, náuseas y vómitos (14,15).

En nuestro caso obtuvimos remisión de la sintomatología mediante punción evacuadora guiada por ecografía, pese a no haber podido evacuar en su totalidad el quiste (que es la conducta recomendada). Si bien esta maniobra es controvertida y existen reportes sobre recidivas (16), creemos que, frente a una patología en la que no se puede lograr la curación, es una medida con menos complicaciones que la instilación de alcohol, y de alta efectividad.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento al ex-Jefe de Servicio de Clínica Médica del Centro de Salud Municipal "Dr. Leónidas Lucero", Dr. Bernardo L. Kaiser, así como al Servicio de Diagnóstico por Imágenes del mismo Centro, por el apoyo brindado.

Bibliografía

- 1) Bercetche, M. Enfermedades quísticas no parasitarias del hígado. En: Findor, J; Ivo Sapunar, D. Akadia Eds. Enfermedades del hígado y las vías biliares. Bs. As. 1990; 886:894.

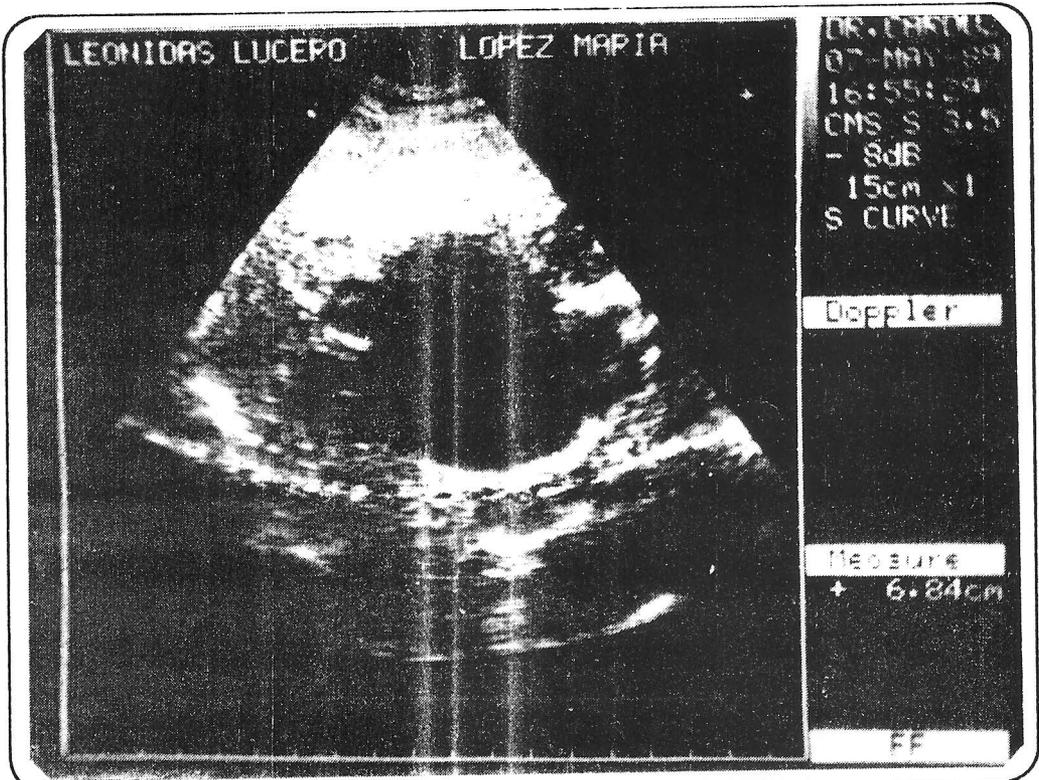


Figura 2: Ecografía abdominal en la que se aprecia el quiste hepático que fue punzado.

- 2) Weaver, R; Goldstein, H; Green, B; Perkins, C. Gray scale ultrasonographic evaluation of hepatic cystic disease. *AJR* 1978; 130: 849-852.
- 3) Doty, J; Tompkins, R. Treatment of liver cystic disease. En: *Clinics in Surgery of Northamerica* 1989; 69: 321-334.
- 4) Gabow, P; Johnson, A; Kaehny, W; Manco-Johnson, M; Duley, I. Risk factors for the development of hepatic cysts in autosomal dominant polycystic disease. *Hepatology* 1990; 11: 1033-1037.
- 5) Everson, G. Hepatic cysts in autosomal polycystic disease. Editorial. *Mayo Clin Proc* 1990; 65: 1020-1025.
- 6) Coutsoftides, T; Hermann, r. Nonparasitic cysts of the liver. *Surgery, Ginecology & Obstetrics* 1974; 138:906-910.
- 7) Mc Garrity, T; Koch, K; Rasbach, D. Refractory ascites associated with polycystic liver disease. *Dig Dis Sci* 1986; 31: 217-220.
- 8) Dofferhoff, A; Sluiter, H; Geerlings, W, de Jong, P. Complications of liver cysts in patients with adult polycystic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant* 1990; 5: 882-885.
- 9) Ikey, S; Yamaguchi, Y; Mori, K. Infection of hepatic cysts with *pseudomonas aeruginosa* in polycystic liver disease. *Dig Surg* 1990; 7: 117-121.
- 10) Levine, E; Cook, L; Grantham, J. Liver Cysts in autosomal dominant polycystic kidney disease: clinical and computed tomographic study. *AJR* 1985; 145: 229-233.

- 11) Campoy Martínez, P; Gómez, R; Royo Balbontín, A. et al. Manejo quirúrgico de la poliquistosis hepática. *Rev Esp Enf Digest* 1991; 79: 29-31.
- 12) Newmann, K; Torres, V; Rakela, J; Nagorney, D. Treatment of highly symptomatic polycystic liver disease. *Ann Surg* 1990; 212: 30-37.
- 13) Roemer, C; Ferrucci, J; Mueller, P; Simeone, J; vanSonnenberg, E; Wittenberg, J. Hepatic cysts: diagnosis and therapy by sonographic needle aspiration. *AJR* 1981; 136: 1065-1067.
- 14) Bean, W; Rodan, B. Hepatic cysts: treatment with alcohol. *AJR* 1985; 144: 237-241.
- 15) Kairaluoma, M; Leinonen, A; Stalberg, M; Paivansalo, M; Kiviniemi, H; Siniluoto, T. Percutaneous aspiration and alcohol sclerotherapy for symptomatic hepatic cysts. *Ann Surg* 1989; 210: 208-215.
- 16) Saini, S; Mueller, P; Ferrucci, J; Simeone, J; Wittenberg, J; Butch, R. Percutaneous aspiration of hepatic cysts does not provide definitive therapy. *AJR* 1983; 141: 559-560.