

◆ IMAGEN DEL NÚMERO

Solución del caso: lesión hepática quística

Viene de la página 4

La paciente fue intervenida quirúrgicamente en octubre de 2005. Se inicia un abordaje laparoscópico con diagnóstico de quiste simple complicado, debido a los cambios en las imágenes tomográficas. Realizado el mismo, se observa umbilicación con retracción de la cápsula de Glisson en segmentos laterales izquierdos. Ante la sospecha de un proceso neoplásico, se convierte a cirugía convencional. Realizándose ecografía intraoperatoria se haya dilatación de conductos biliares izquierdos y ecorrefrigencias compatibles con litiasis. Se realizó seccionectomía lateral izquierda, colecistectomía y colangiografía intraoperatoria que no muestra alteración del árbol biliar derecho ni del extrahepático.

La anatomía patológica reveló enfermedad de Caroli unilobar con microlitiasis en su interior. (Figura 4)



Figura 4.

A 24 meses de seguimiento se halla asintomática y con RNM de control normal.

La enfermedad de Caroli (EC), descrita por Jacques Caroli en 1958, es una entidad congénita, benigna, se caracteriza por dilatación segmentaria, unilobar o bilobar, de predominio izquierdo en el 90% de los casos.^{1,2} Corresponde al tipo V de la clasificación de Todani dentro de las dilataciones congénitas de la vía biliar, se transmite en forma autosómica recesiva y se produce por una malformación de la placa ductal durante la etapa embrionaria.³

La EC se manifiesta con episodios de colangitis a repetición, con formación de abscesos intrahépatos. Cuando es más complejo y se asocia fibrosis hepática congénita algunos autores la denominan Síndrome de Caroli. En estos casos la clínica corresponde a la de una hepatopatía avanzada.²

La ecografía, TAC y colangio resonancia magnética son los métodos diagnósticos más utilizados, asociados a la colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) y colangiografía trans-parietohepática (CTPH) con fines diagnósticos y terapéuticos, porque permite un perfecto mapeo de la vía biliar, el drenaje de procesos colangiográficos y el manejo de las litiasis intrahepáticas.⁴

Frente al proceso colangiográfico el mejor tratamiento es el drenaje endoscópico o percutáneo, y luego se trata la enfermedad de base con resección del parénquima afectado con una seccionectomía lateral izquierda o una lobectomía izquierda. Sin dudas en la enfermedad de Caroli bilateral el tratamiento es el drenaje con la derivación hepaticoyeyunal.

Algunos pacientes han requerido trasplante hepático por enfermedad bilateral y fibrosis hepática. Según Takatsuki en EE.UU. en 1998 pacientes han requerido esta terapéutica.⁵

Como tratamiento alternativo en las litiasis intrahepáticas se puede asociar tratamiento con ácido urodesoxicólico (UDCA), pero la efectividad de disolución es del 15-45% de los casos.⁶

La EC predispone a displasia producida por estasis biliar y la inflamación crónica del epitelio, generando un colangiocarcinoma en 5 al 14 % de los casos.⁷

Ante una lesión hepática quística que cambia de características, debe realizarse diagnóstico diferencial entre quiste hepático simple, complicado, hidatídico complicado, cistoadenoma y enfermedad de Caroli unilobar. Creemos que está infrecuente enfermedad debe ser tomada en cuenta, sobre todo cuando es totalmente asintomática como en el presente caso. Debe ser seguida su evolución con hepatogramas, Ca 19,9 y ecografía hepática; y el mejor tratamiento es la resección hepática.

Referencias

1. Caroli J, Soupault R, Kossakowski J, et al. La dilatation polikystique congénitale des voies biliaires intra-hépatiques. Essai de classification. *Sem Hop Paris* 1958;34:1128-1135.
2. Lendoire J, Barros Schelotto P, Alvarez Rodríguez J, et al. Dilatación quística de la vía biliar tipo V (Enfermedad de Caroli). Tratamiento quirúrgico y resultados. *Rev Argent Cirug* 2006;91:186-191.
3. Desmet VJ. Ludwig symposium on biliary disorders part I. Pathogenesis of ductal plate abnormalities. *Mayo Clin Proc* 1998;73:80-89.
4. Toloza H, Blanco G, Soria J, et al. Quiste de colédoco del adulto. *Rev Argent Cirug* 2006;90:114-120.
5. Takatsuki T, Uemoto S, et al. Living-donor liver transplantation for Caroli's disease with intrahepatic adenocarcinoma. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2001;8:284-286.
6. Ros E, Navarro S, Bru C, et al. Ursodeoxycholic acid treatment of primary hepatolithiasis in Caroli's syndrome. *Lancet* 1993;14:404-406.
7. Totkas S, Hohenberger P. Cholangiocellular carcinoma associated with segmental Caroli's disease. *Eur J Surg Oncol* 2000;26:520-521.