

Hígado, enfermedades benignas y tumores

Introducción

- El hígado tiene tumores benignos y malignos, primarios y metastásicos.
- Los tumores hepáticos son hallazgos incidentales, asintomáticos a menos que comprometan alguna estructura vital.
- Los tumores pueden ser sólidos o quísticos.

Quistes Simples

- Son lesiones quísticas comunes en el hígado.
- La incidencia es alta, hasta un 18-20% de la población.
- El tamaño varía, desde menos de un centímetro hasta 15 centímetros.
- Diagnóstico y tratamiento:
 - Quistes menores de 5 cm: ultrasonido.
 - Si hay características extrañas, se realiza una tomografía.

- Tratamiento si sobrepasan los 5 cm o causan síntomas.
- El drenaje o aspiración no es recomendable, se prefiere la resección.

Poliquistosis Hepática

- Presencia de múltiples quistes.
- Asociada a la poliquistosis renal.
- El hígado puede ser de gran tamaño, pero las pruebas hepáticas pueden estar conservadas inicialmente.
- Tratamiento:
 - Se enfoca en aliviar los síntomas compresivos.
 - La fenestración se considera en pacientes mayores sin otras opciones.
 - Se busca maximizar el parénquima hepático funcional.
 - El drenaje o fenestración percutánea está contraindicado.

Cistoadenomas Biliares

- Neoplasia quística con potencial de malignización.
- Suelen ser sintomáticos debido a su tamaño.
- Localización:
 - Comúnmente en los segmentos 4, 3 y 8.
 - Cerca de estructuras vitales como el hilio hepático.
- Presentación clínica:
 - Ictericia puede indicar masas grandes en el hilio.
 - Se presenta un caso de una paciente de 35 años con un tumor grande cerca de la vena hepática media y la cava.
- Los quistes simples no tienen las paredes engrosadas que pueden desarrollar los cistoadenomas.

Diagnóstico y serología

- El 95% de los diagnósticos se realizan mediante ultrasonido, resonancia, tomografía y serología ante la sospecha.
- La serología siempre será positiva en su totalidad; si es negativa, se utilizan métodos más sensibles y específicos para detectar la enfermedad y monitorear la respuesta al tratamiento.
- Se realiza la prueba inmunológica IL-4 para medir la respuesta inflamatoria a nivel biliar, detectando enfermedades inmunológicas raras.

Tratamiento

- El tratamiento combina varios elementos.
- Anteriormente, se administraba alvendazol por un mes, seguido de otra serología; si resultaba negativa, se procedía a la operación.
- Se busca determinar la duración óptima del tratamiento, considerando que en algunos casos, lesiones pequeñas pueden curarse con adrenazol.
- Se investigan combinaciones de medicamentos para evitar la cirugía, buscando proteínas específicas del parásito para terapias biológicas.

Procedimientos menos invasivos y cirugía

- La técnica de punción-aspiración, lesión con agente esclerizante y reaspiración no es la panacea debido a las lesiones dentro de los quistes.
- La cirugía sigue siendo el estándar, especialmente con la laparoscopia, combinada con aspiración y solución hipertónica para asegurar un ambiente seguro.
- El riesgo principal es la ruptura del quiste, que puede causar colonización si los parásitos no están muertos.
- En cirugía abierta, se puede omitir el paso de aspiración y solución salina hipertónica si se asegura la muerte de los parásitos.

Abscesos piógenos y colangitis

- Los abscesos piógenos pueden ser causados por los mismos días.
- La colangitis se produce por infecciones ascendentes del tracto AF, que llegan a la vena mesentérica superior y causan la enfermedad.
- El cáncer es una de las mayores causas, aunque hay casos inexplicables.
- Las infecciones pueden llegar por la arteria hepática o la vena porta, o por diverticulitis no manejada.

Síntomas, diagnóstico y tratamiento de abscesos

- Los síntomas incluyen fiebre, dolor e hiperbilirrubinemia.
- El diagnóstico se basa en la identificación de lesiones, que pueden ser uniloculadas o multiloculadas.
- El tratamiento para abscesos piógenos incluye combinaciones de cefalosporina de tercera generación con metronidazol,

ciprofloxacina con metronidazol o levofloxacina.

- En casos graves, se utilizan carbapenémicos o piperacilina tazobactam.

Duración del tratamiento y abscesos amebianos

- La duración del tratamiento depende de la respuesta: 2-4 semanas intravenosas si hay buena respuesta, hasta 6 semanas si es necesario.
- En abscesos amebianos, el tratamiento es más corto: metronidazol por 7-10 días o tinidazol por 5 días, dividido en 3 dosis por 7 días.
- Los abscesos amebianos son más nobles, pero se debe tratar la causa subyacente.

Manejo médico y drenaje

- En el manejo médico, se valora la respuesta al antibiótico y se considera el drenaje percutáneo en lesiones grandes o cuando hay riesgo de operación.
- El drenaje se deja por seguridad para eliminar los desechos.

Drenaje de Lesiones Hepáticas

- Drenaje en lesiones de más de 5 cm:
 - Dejar el drenaje por más de 7 días.
 - Si es amebiano, drenaje percutáneo por 7 días.
- Manejo de abscesos:
 - Cuando hay ruptura o son multilobulados.
 - En presencia de cáncer o necesidad de prótesis.
 - Cuando son muy viscosos o hay fístulas biliares.
 - Compromiso hemodinámico requiere lavado.
- Drenaje percutáneo:
 - Se puede realizar en cualquier parte del hígado debido a la amplia ventana disponible.

Lesiones Sólidas Hepáticas

- Hemangioma:
 - El tumor sólido más común (70% de los casos).
 - Incidencia de hasta el 20%, similar a los quistes simples.
 - Asintomáticos si son pequeños (2-3 cm).
 - Los grandes (10 cm) consumen tejido hepático y crecen continuamente.
- Origen y síntomas:
 - Malformaciones vasculares con teorías hormonales (más prevalente en mujeres).
 - Dolor en el 12% de los casos asociado a la masa.
- Diagnóstico:
- La resonancia es el estudio de elección.
- Hemangiomatosis: múltiples hemangiomas (10% de los pacientes con hemangiomas).
- Complicaciones y tratamiento:
 - Trastornos de coagulación en el 5% de los casos.
 - Embolización o radioterapia si queda suficiente tejido hepático.
 - Resección anatómica reservada para tumores localizados y hepatitis.
- Reserva hepática:
 - Paciente sano: se puede quitar hasta el 75% del hígado.
 - Post-quimioterapia: dejar mínimo 30% de hígado residual.
 - Enfermedad hepática crónica: dejar mínimo 40% de hígado residual.
- Hiperplasia Nodular Focal:
 - Segundo tumor sólido más común.
 - Se asocia a malformaciones vasculares.
 - Diagnóstico por resonancia.
 - Observación, a menos que sea sintomático o no se pueda descartar malignidad por biopsia.

Adenoma Hepatocelular

- Características generales:
 - Poco común pero importante.
 - Más frecuente en mujeres en edad fértil.
 - Factor de riesgo principal: uso de anticonceptivos orales.
 - En hombres, asociado a esteroides anabólicos y androgenia.
 - Asintomático, masa sólida sin cicatriz central.
- Clasificación y riesgo:
 - Clasificación basada en la patología (clasificación de Burdeos).
 - Permite evaluar el riesgo de ruptura o transformación maligna.
- Tipos de adenoma:
 - Mutaciones en el factor nuclear de los hepatocitos.

- Asociado a mujeres jóvenes con uso de anticonceptivos orales.
- Riesgo bajo de transformación a carcinoma.
- Manejo: observación a menos que cause síntomas.
- Vigilancia debido al riesgo de malignización.

Adenoma inflamatorio

- Es el más común.
- Asociado a genes que activan la vía inflamatoria crónica y al síndrome metabólico.
- Marcadores inflamatorios como la proteína C reactiva están presentes.
- Existe un riesgo de transformación maligna, especialmente en un subgrupo con mutación en la beta catenina, aunque estos tienen mayor riesgo de hemorragia intratumoral.

Adenoma con mutación de la beta catenina

- Es menos común.
- Se encuentra en células y en funciones.
- Tiene mayor probabilidad de transformación maligna.

Adenoma no clasificado

- No hay expresión de ninguna química.
- Riesgos de malignidad y hemorragia son bajos.

Biopsia y paraclínicos

- Es importante tipificar las meninges.
- No suele haber elevación de marcadores tumorales.
- Diagnóstico por imagen: resonancia con contraste hepatoespecífico para detectar sangrado intratumoral.
- La biopsia confirma y ayuda a identificar el subtipo molecular, guiando el tratamiento.

Tratamiento y manejo

- Las lesiones de bajo riesgo se observan.
- El riesgo de malignización aumenta cuando el tamaño supera los 5 cm (hasta un 11%).
- Indicación de resolución quirúrgica:
 - Cuando pasa de 5 centímetros.
 - En todos los varones.
 - Lesiones sintomáticas con crecimiento acelerado.
 - Crecimiento acelerado: "Yo lo mido, medía tres centímetros en ultrasonido, mide cinco y ha pasado tres meses, mide cuatro, cuatro y medio. Hay que operar. ¿Por qué? Porque creció demasiado rápido."

Pronóstico

- El riesgo de malignización es raro, pero mayor en hombres y en lesiones con mutación.
- Vigilancia con resonancias anuales en pacientes de bajo riesgo.
- Pronóstico usualmente favorable si se quita a tiempo.

Adenomatosis hepática

- En un 33% de los pacientes con adenoma, hay más de un adenoma.
- Se define por la presencia de al menos 10 adenomas.
- Diagnóstico por resonancia.
- Tratamiento quirúrgico, especialmente si cumplen las mismas características de riesgo.
- Atención especial al tumor que mida más de 5 cm.

Hiperplasia nodular regenerativa

- Tejido hepático normal transformado en nódulos de regeneración separados por áreas de fibrosis.
- Ocurre en pacientes cirróticos con hipertensión portal.
- Tratamiento enfocado en el tumor y la enfermedad subyacente.

Hamartoma mesenquimal

- Tumor raro con múltiples componentes (músculo, grasa, vasos sanguíneos).
- Usualmente grande y con síntomas asociados al efecto de masa.
- Diagnóstico con resonancia.
- "Y miren, con eso un 50% de los casos can en un 50% yo puedo decir que eso se entiende."
- Tratamiento: resección si es viable; si mide más de 5 cm, considerar trasplante.

Trasplante hepático

- Indicado en tumores benignos no resecables pero sintomáticos.
- Riesgo de malignidad con alto volumen asociado a enfermedades metabólicas.

Ejemplos de tumores

- Hemangiomatosis.
- Hemangioma.
- Leiomioma.
- Mielolipoma.

Trasplantes y Donación de Órganos en Panamá

- Tumores mal puestos y la politistosis pueden afectar la necesidad de trasplantes.
- La tasa de donación en Panamá es baja, influenciada por el dolor familiar tras la pérdida de un ser querido.
- Es crucial comunicar la intención de donar a la familia, aunque la cédula lo indique, la cultura panameña dificulta la donación.
- Existe desconfianza y temor hacia la donación, alimentando mitos sobre tráfico de órganos.
- Siempre se realiza una entrevista familiar para autorizar la donación.
- Se requiere el consentimiento unánime de los familiares directos (ej: padres, abuelos) para proceder con la donación.
- Las familias humildes suelen ser más propensas a donar, a diferencia de los asegurados que a veces muestran menos gratitud.
- Es importante que las personas decidan donar y que su familia lo sepa.
- Hay quienes no donan por creencias religiosas o personales.

Aspectos Técnicos del Trasplante de Hígado

- Panamá cuenta con equipos técnicos comparables a otros países para trasplantes.
- El tiempo es crucial en el trasplante de hígado, el órgano dura ocho horas en frío y una hora fuera del frío para su implantación.
- Segmentos del hígado: caudado, dos, tres, cuatro, AB, cinco, seis, siete y ocho.
 - Cada segmento tiene su arteria, vena y conducto biliar.
- La sangre de la mesentérica y entérica va a la porta, luego al espacio portal y a la vena centrolobulillar, para finalmente llegar a las venas suprahepáticas y la aurícula.