

Rotura y hemorragia postraumática de quiste hepático gigante: reporte de un caso

Francisco Javier Buenrostro-Pérez¹
Ana Guadalupe Rodríguez-Aguirre²

¹ Médico adscrito. Servicio de Cirugía General.

² Médico residente de cuarto año de Cirugía General. Hospital General Tacuba, ISSSTE, Ciudad de México.

RESUMEN

Antecedentes: los quistes hepáticos simples son una entidad de baja frecuencia en la población general, en su mayoría son asintomáticos y se presentan, de manera excepcional, con síntomas asociados a complicaciones.

Caso clínico: mujer de 82 años que ingresó con diagnóstico de quiste simple gigante localizado en lóbulo derecho del hígado; una semana después reingresó después de una caída de su propio plano, tenía síntomas de abdomen agudo y quiste hepático roto hacia cavidad peritoneal con hemorragia intraquística. La incidencia de estos casos se ha estimado en 2-7% y son más frecuentes en mujeres (4:1), con predominio en el lóbulo derecho y en las cuarta y quinta décadas de la vida. Las complicaciones de los quistes hepáticos son poco comunes. La rotura espontánea es una complicación extremadamente rara y puede ser precedida por hemorragia intraquística, que incrementa la presión dentro del quiste. Las series publicadas reportan a la rotura espontánea como la más frecuente, sólo se encontró un reporte de rotura secundaria a traumatismo. La hemorragia es la complicación que tradicionalmente se ha considerado la menos común, puede ser intraquística o libre a la cavidad peritoneal. El manejo de estas complicaciones generalmente consiste en tratamiento quirúrgico urgente, aunque hay reportes de rotura y hemorragia intraquística que se han tratado de forma conservadora.

Conclusión: los quistes hepáticos gigantes, aún aquellos asintomáticos, deberán ser manejados en forma quirúrgica temprana por el riesgo de complicaciones.

Palabras clave: quiste hepático gigante, rotura, hemorragia.

Break and post traumatic hemorrhage of giant hepatic cyst: a case report

Recibido: 1 octubre, 2014

Aceptado: 16 enero, 2015

Correspondencia: Dr. Francisco Javier Buenrostro Pérez

Lago Ontario 119, Col. Tacuba

CP 11410 México, D.F.

Tel.: 01 55 53 99 61 39 ext. 145

Celular: 044 55 91 39 30 50

fjbuenrostro@yahoo.com.mx

ABSTRACT

Background: The simple liver cysts are a low frequency entity in the general population, being mostly asymptomatic and arising in an exceptional way with symptoms associated with complications.

Clinical case: 82 years old female admitted with diagnostic of giant simple cyst located in the right lobe of the liver, a week later she came back subsequent to fall of its own plane with data of acute abdomen and broken liver cyst towards peritoneal cavity and intracystic hemorrhage. The incidence has been estimated at 2-7%, most frequently in women

Este artículo debe citarse como

Buenrostro-Pérez FJ, Rodríguez-Aguirre AG. Rotura y hemorragia postraumática de quiste hepático gigante: reporte de un caso. Rev Esp Med Quir 2015;20:105-110.

4:1, predominance in right lobe and fourth- fifth decades of life. The complications of liver cysts are uncommon. The spontaneous rupture is an extremely rare complication and may be preceded by intracystic hemorrhage which increases intracystic pressure. The published series report the spontaneous rupture as the more frequent, we found only a report of rupture secondary to trauma. Hemorrhage is the complication that traditionally has been considered the least common, which can be intracystic or free to the peritoneal cavity. The management of these complications is usually done with urgent surgical treatment although there are reports of rupture and intracystic hemorrhage that have been managed conservatively.

Conclusion: The giant liver cyst even those asymptomatic, should be handled with an early surgery because of the high risk of complications.

Keywords: giant hepatic cysts, rupture, hemorrhage.

INTRODUCCIÓN

Los quistes hepáticos simples son una entidad de frecuencia baja en la población general, comúnmente se diagnostican de manera incidental al realizar una investigación radiológica por otras afecciones ya que, habitualmente, son pequeños y asintomáticos. En caso de quistes de gran tamaño los síntomas dependen de la compresión de las estructuras adyacentes, de la distensión de la cápsula de Glisson y de complicaciones como rotura, hemorragia, infección, etcétera; estas complicaciones son aún más rara y se asocian sobre todo con quistes gigantes.

El diagnóstico se hace con estudios de imagen entre los que destacan el ultrasonido, la tomografía computada y la resonancia magnética. Se debe realizar diagnóstico diferencial con quistes neoplásicos y parasitarios, complementando en ocasiones con marcadores tumorales y pruebas inmunológicas.

En los quistes pequeños y asintomáticos la conducta adecuada es la vigilancia, si hay crecimiento debe realizarse tratamiento quirúrgico

por el riesgo de malignidad; en caso de quistes grandes o sintomáticos está indicado el tratamiento quirúrgico abierto o laparoscópico; en los casos de quistes complicados el tratamiento debe ser de urgencia. Los tratamientos descritos son: drenaje percutáneo con o sin instilación de agentes esclerosantes, drenaje externo simple quirúrgico, drenaje interno (cistoyeyunostomía), destechamiento amplio con o sin colocación de epiplón mayor en la cavidad del quiste, enucleación total del quiste, resección hepática y trasplante hepático, reservado básicamente a casos de poliquistosis.

Caso clínico

Se reporta el caso de una paciente con quiste hepático gigante, que tuvo rotura y hemorragia postraumáticas como complicaciones raras de este padecimiento.

Mujer de 82 años que acudió a urgencias con dolor abdominal leve; se efectuó tomografía abdominopélvica donde se encontró un quiste hepático simple de 22 ´ 20 cm que ocupaba todo el lóbulo derecho; fue egresada a su domicilio

(Figura 1). Reingresó una semana después, 12 horas después de un traumatismo abdominal contuso, secundario a caída de su propia altura, con dolor abdominal generalizado, de intensidad 5/10, con náuseas y vómito de contenido gastrobiliar. Al momento de la valoración se encontraba con dolor de intensidad 10/10. Exploración física con tensión arterial de 124/62, frecuencia cardíaca 74, frecuencia respiratoria 28, temperatura 36 grados centígrados. Consciente, orientada, deshidratada, leve palidez de tegumentos, posición antiálgica, sonda nasogástrica con gasto gastrobiliar, distensión abdominal, peristaltismo disminuido de intensidad y frecuencia, dolor generalizado a la palpación superficial, matidez a la percusión abdominal y rebote positivo. Leucocitosis de 13 000 y neutrofilia de 86%, hemoglobina de 10.4 mg/dL con hematocrito de 30.9%, pruebas de función hepática normales. Tomografía computada: quiste hepático con área isodensa (65 UH correspondiente a densidad de sangre), líquido libre en toda la cavidad peritoneal; se diagnosticó quiste hepático roto y hemorragia intraquística (Figuras 2 y 3).



Figura 1. Tomografía inicial.

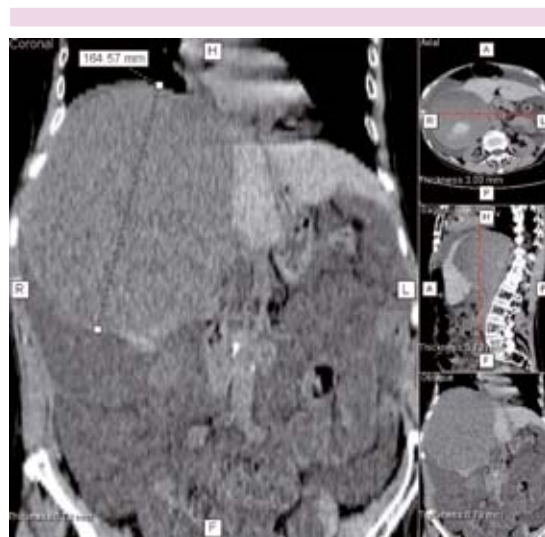


Figura 2. Tomografía en reingreso: corte sagital con quiste hepático simple gigante.

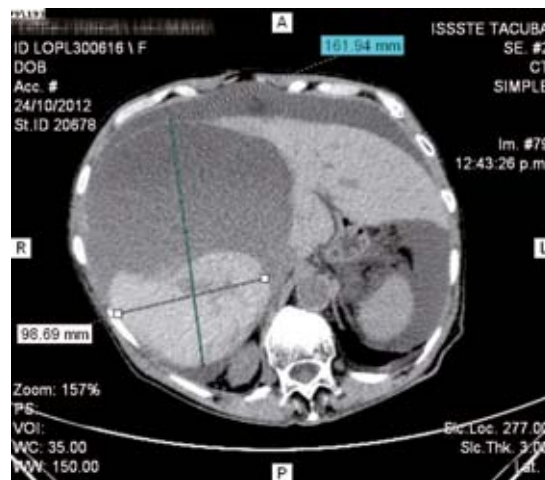


Figura 3. Tomografía en reingreso: corte axial con hemorragia intraquística, disminución del tamaño del quiste y líquido libre en cavidad peritoneal.

Se practicó laparotomía exploradora y se encontró líquido de características hemáticas (3 000 cm³) en la cavidad peritoneal, quiste hepático que abarcaba todo el lóbulo derecho con hematoma intraquístico y rotura en la parte

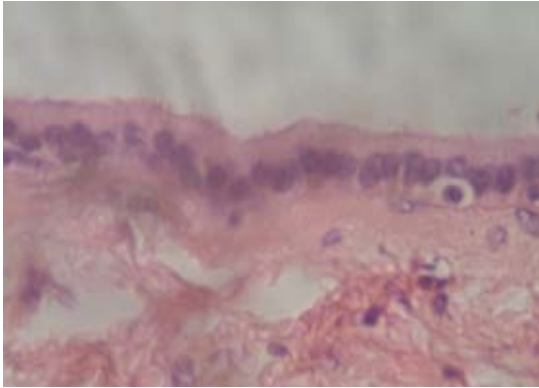


Figura 4. Histología: corte histológico que muestra epitelio cilíndrico simple.

de más declive. Se realizó destechamiento del quiste, hemostasia de la zona hemorrágica intraquística, lavado de cavidad y colocación de drenaje intraquístico.

Ingresó a terapia intensiva desarrollando estado de choque no reversible y falleció 48 horas después de la cirugía. Reporte anatomopatológico: pared de quiste simple de hígado constituida por tejido fibroconectivo con áreas hialinizadas y revestida por una capa de epitelio cilíndrico (Figura 4).

DISCUSIÓN

La incidencia de los quistes hepáticos simples es difícil de estimar porque la gran mayoría son asintomáticos, se ha reportado prevalencia de entre 2 y 7%, son más frecuentes en mujeres en proporción 4:1. Aunque pueden presentarse a cualquier edad las cuarta y quinta décadas son las más afectadas. La localización es más frecuente en el lóbulo derecho.¹⁻⁴

La mayoría de los quistes cursan asintomáticos y sólo de 5 a 10% son sintomáticos. En los quistes gigantes (> 6 cm) el dolor en el cuadrante supe-

rior derecho es el síntoma predominante pero pueden causar saciedad temprana, sensación de plenitud o distensión abdominal, náusea, vómito, hepatomegalia o tumoración palpable, ictericia e hipertensión portal que dependen de la localización y tamaño. Además, se pueden presentar complicaciones como hemorragia, obstrucción biliar, rotura a la cavidad peritoneal (abdomen agudo), al árbol biliar o a vísceras huecas adyacentes; infección, compresión de venas cava o porta y embolia pulmonar.^{1,3,5-8}

Se cree que los quistes simples congénitos son el resultado del desarrollo embriológico inadecuado, supuestamente provocado por alteraciones del cromosoma 16 que lleva a un número excesivo de conductos intralobulares que acumularían líquido con la eventual formación del quiste. Algunos conductos aberrantes que no comunican con el árbol biliar aumentan de tamaño y la formación del quiste se atribuye a una hiperplasia inflamatoria con retención de líquido. Microscópicamente el quiste está revestido por un epitelio simple cuboideo o columnar que produce líquido con características serosas, turbias o francamente biliares.^{1,2,4,7-11}

Los exámenes de laboratorio habitualmente no tienen alteraciones excepto en casos de compresión a estructuras adyacentes o complicaciones; se pueden realizar algunos estudios especiales para el diagnóstico diferencial como el CA 19-9 (patología maligna) y las pruebas inmunológicas (quiste hidatídico).^{1,9,12} Los estudios de imagen son los de mayor utilidad para el diagnóstico, la placa simple de abdomen puede mostrar un aumento de la sombra hepática y desplazamiento del colon; la radiografía de tórax muestra elevación del hemidiafragma derecho. En el ultrasonido la lesión es anecoica con intensificación posterior, de pared delgada, regular y bien circunscrita. El ultrasonido endoscópico se ocupa para delimitar el quiste de las estructuras vasculares. La tomografía computada revela

una masa redondeada de bordes lisos, paredes finas, delgadas, regulares, bien definidas sin estructuras internas, en densidades de 0 a 10 unidades Hounsfield con deficiente captación de medio de contraste. La resonancia magnética muestra lesiones bien delimitadas con densidad de agua que no captan contraste y sin septos en su interior, pero es raramente usada para el diagnóstico. La gammagrafía presenta zonas hipocaptantes, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica se usa para identificar posibles comunicaciones con el árbol biliar y la angiografía panhepática define la anatomía vascular en caso de una posible resección. En caso de observarse un quiste complejo en alguno de estos métodos se debe tener la sospecha de malignidad.^{1-3,5,6}

El tratamiento depende principalmente del tamaño del quiste y de los síntomas. En caso de ser pequeños y descubiertos de forma incidental deben mantenerse en vigilancia ya que el aumento de tamaño podría sugerir malignidad; las indicaciones para manejo quirúrgico son quistes de gran tamaño, si se sospecha malignidad y en los que son sintomáticos, en cuyo caso el tratamiento es electivo y de urgencia en caso de complicaciones.^{1,3,4,7,11,13}

Una vez decidido el tratamiento hay varios abordajes que incluyen la punción percutánea, con o sin inyección de sustancias esclerosantes, drenaje externo simple quirúrgico, drenaje interno (cistoyeyunostomía), destechamiento amplio con o sin colocación de epiplón mayor en la cavidad del quiste, enucleación total del quiste, resección hepática y trasplante hepático (sobre todo en caso de enfermedad poliquística). El manejo quirúrgico puede hacerse por vía abierta o laparoscópica con buenos resultados.^{1,2,3,10,11}

Las complicaciones de los quistes hepáticos son poco comunes. La rotura espontánea es una

complicación extremadamente rara y puede ser precedida por hemorragia intraquística que incrementa la presión dentro del quiste, siendo el síntoma más común el dolor abdominal agudo y, en algunos casos, el desarrollo de un abdomen agudo franco. Las series publicadas reportan la rotura espontánea como la complicación más frecuente y sólo encontramos un reporte de rotura secundaria a traumatismo.^{1,7,9}

La hemorragia es una complicación potencial que tradicionalmente se ha considerado la menos común, puede ser intraquística o libre a la cavidad peritoneal. La etiología de la hemorragia intraquística es poco clara, hay varias hipótesis, una de las cuales menciona que la alta presión intraquística lleva a necrosis del epitelio y lesión de vasos sanguíneos frágiles en la pared del quiste con la consiguiente hemorragia, otras teorías incluyen el crecimiento rápido que causa rotura de los vasos sanguíneos de la pared del quiste, hemangioma, malformaciones vasculares cerca de la pared del quiste y traumatismo directo al quiste que conduce a la hemorragia.¹²

El manejo de estas complicaciones generalmente se realiza con tratamiento quirúrgico urgente, ya sea por abordaje abierto o laparoscópico, aunque hay reportes de rotura y hemorragia intraquística que se han tratado de forma conservadora. El tratamiento quirúrgico recomendado en estos casos es el destechamiento del quiste y, en caso de hemorragia, la hemostasia de sitios sangrantes con o sin omentoplastia, aunque también se ha reportado la enucleación del quiste y la resección hepática.^{12,13}

En el caso que presentamos se trata de un quiste hepático simple gigante que había sido diagnosticado por tomografía computada y que una semana después presentó hemorragia y rotura secundarias a un traumatismo abdominal cerrado, complicaciones que son raras.

CONCLUSIÓN

Consideramos que los quistes hepáticos gigantes, aunque cursen con pocos o ningún síntoma, deben de ser manejados quirúrgicamente de forma temprana, por el riesgo de complicaciones.

REFERENCIAS

1. Ortiz González J, Gracida Mancilla N, Sánchez Lozada R, Reyes Segura M. Quistes hepáticos no parasitarios. *Cir Gen* 2002;24;326-334.
2. Reid-Lombardo KM, Khan S, Sclabas G. Hepatic cysts and liver abscess. *Surg Clin N Am* 2009;90;679-697.
3. Ruiz Tovar J, López Buenadicha A, Moreno Caparros A, Vazquez Garza JN. Manejo quirúrgico de los quistes hepáticos simples. *Cir Cir* 2012;80;52-55.
4. Bonder A, Afdhal N. Evaluation of liver lesions. *Clin Liver Dis* 2012;16;271-283.
5. Mazoch MJ, Dabbous H, Shokouh-Amiri H, Zibari GB. Management of giant liver cyst. *Journal of Surgical Research* 2011;167;125-130.
6. Özbalci GS, Tanrikulu Y, Erel S, Kismet K, Akkus MA. Giant simple hepatic cyst (a case report) and review of the literature. *Eur J Sur Sci* 2010;1(2);53-57.
7. Miliadis L, Giannakopoulos T, Boutsikos G, Terzis I, Kyriazanos ID. Spontaneous rupture of a large non-parasitic liver cyst: a case report. *Journal of Medical Case Reports* 2010;4;2.
8. Salemis NS, Georgoulis E, Gourgiotis S, Tsohataridis E. Spontaneous rupture of a giant non parasitic hepatic cyst presenting as an acute surgical abdomen. *Ann Hepatol* 2007;6(3);190-193.
9. Poggi G, Gatti C, Del Monte A, Teracni C, Bernardo G. Spontaneous rupture of non-parasitic hepatic cyst. *Int J Clin Pract* 2006;60(1);99-103.
10. Agrawal S, Khurana J, Sahu M, Hemorrhagic liver cyst. *J Gastrointest Surg* 2012;16;1629-1631.
11. Mazza OM, Fernandez DL, Pekolj J, Pfaffen G, Clariá RS, Molmenti EP, et al. Management of nonparasitic hepatic cysts. *J Am Coll Surg* 2009;209(6):733-739.
12. Fong ZV, Wolf AM, Doria C, Berger AC, Rosato EL, Palazzo F. Hemorrhagic hepatic cyst: report of a case and review of the literature with emphasis on clinical approach and management. *J Gastrointest Surg* 2012;16;1782-1789.
13. Cheung FK, Lee KF, Lai PB. Emergency Laparoscopic Unroofing of A Ruptured Hepatic Cyst. *JSLs* 2005;9(4);497-499.