



## Quiste hepático gigante simple, manejo con cirugía de mínima invasión

José Jesús Castillo García,\* Jessica Lizett Carrillo Ocampo,† Guillermo León Merino,\* Juan José González de la Mora,\* Sergio Cortés Ocampo,§ Enrique Bolaños Badillo,\* Gerardo Blanco Velasco\*

### INTRODUCCIÓN

Los quistes hepáticos simples se suelen presentar de forma sintomática en un 3% de la población.<sup>1</sup> Algunos autores mencionan una frecuencia de hasta 14% de la población en general,<sup>2</sup> con una incidencia reportada por algunos grupos de entre 0.15 y 0.5%.<sup>3</sup> En 1856, Michael reportó el primer caso de quiste hepático solitario y Bristone describió el primer caso de enfermedad poliquística hepática asociada con la enfermedad poliquística renal.<sup>4,5</sup> Las mujeres padecen con más frecuencia esta entidad, especialmente entre la cuarta y quinta décadas de la vida, con una proporción mujer a hombre de 4:1.<sup>3</sup>

La formación de estos quistes obedece a la presencia de algunos conductos intralobulares aberrantes que no se comunican al árbol biliar, donde se acumula líquido y se forman los quistes.<sup>3</sup> Comúnmente se localizan en el lóbulo derecho del hígado en la superficie anteroinferior, en los segmentos IV, V y VI, según la clasificación de Couinaud.<sup>5</sup>

Actualmente, se diagnostican con mayor frecuencia por la evolución de las técnicas de imagen y el amplio uso de la ecografía como screening en pacientes con dolor abdominal, siendo éste el método de elección para el diagnóstico de estos quistes. La imagen es la de un quiste

unilocular de paredes delgadas con contorno liso y de forma circular u oval, anecoica, con refuerzo posterior. La tomografía computada muestra imágenes hipodensas, que no captan medio de contraste y cuya densidad es líquida. No se observan septos ni formaciones intraquísticas.<sup>6</sup>

Habitualmente son silentes y no requieren tratamiento. Sin embargo, algunos pacientes pueden tener síntomas derivados del efecto de masa, compresión de estructuras vecinas o complicación de los quistes,<sup>7</sup> y en este sentido, las más frecuentes son ictericia obstructiva, perforación, hemorragia intraquística, ruptura hacia el peritoneo, torsión del pedículo, cuadro séptico por infección del líquido y obstrucción de la vena cava superior e hipertensión portal.<sup>8</sup>

El primer procedimiento laparoscópico fue realizado por Z'graggen en Alemania, en 1991,<sup>5</sup> y con la constante evolución en las técnicas quirúrgicas de mínima invasión se ha demostrado la viabilidad y seguridad de este abordaje con beneficios en cuanto al dolor postoperatorio, movilización precoz del paciente, menor convalecencia y mejores resultados cosméticos.<sup>9</sup>

El manejo quirúrgico por laparoscopia de la enfermedad poliquística del hígado también es factible, aun en los quistes localizados en los segmentos posteriores en donde el abordaje laparoscópico está contraindicado en algunos grupos.<sup>3</sup>

Presentamos el caso de una paciente en la cual se indicó manejo quirúrgico para quiste hepático gigante simple, ya que presentaba síntomas compresivos originados por el propio quiste; se realizó cirugía de mínima invasión de manera exitosa.

\* Cirujano General, Hospital Ángeles Pedregal.

† Residente del 4º año de Medicina Interna, Hospital Ángeles Pedregal de la Universidad La Salle.

§ Médico Internista, Hospital Ángeles Pedregal.

### Correspondencia:

Dr. José Jesús Castillo García.

Correo electrónico: jesusmd10@hotmail.com

Aceptado: 06-06-2012.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente del sexo femenino de 65 años de edad con antecedente quirúrgico de plastia inguinal y umbilical doce años antes. Inició su padecimiento con dolor abdominal de tipo punzante en epigastrio e hipocondrio derecho, sensación de náusea, pesantez abdominal difusa, plenitud postprandial temprana e intolerancia a colecistoquinéticos.

Presentó además aumento progresivo de volumen en hemiabdomen superior.

En la exploración física, se observó aumento de volumen en hemiabdomen superior con predominio en epigastrio y mesogastrio. Se palpó tumoración de aproximadamente 15 cm de largo por 13 de ancho, que involucraba al hipocondrio derecho, al epigastrio y al mesogastrio. Se presentó dolor a la palpación media; al realizar maniobra puño percusión en zona hepática también presentó dolor y se describió como de superficie lisa con borde regular, blando y renitente.

Se inició protocolo de estudio realizando distintas pruebas de laboratorio y gabinete, entre las que se encontraron: biometría hemática: hemoglobina de 13.7 g/dL, hematócrito: 41.2%, plaquetas: 276,  $10^3$  microL y resto en parámetros normales. Química sanguínea: glucosa 91 mg/dL, bilirrubina total de 0.55 mg/dL, bilirrubina directa 0.19 mg/dL, bilirrubina indirecta 0.36 mg/dL, TGO 20 UI/L, TGP 19 UI/L, fosfatasa alcalina 88 UI/L, DHL 150 UI/L.

Marcadores tumorales: CA 19-9, 9.1 U/mL, antígeno carcinoembrionario 1.7 ng/mL y alfafetoproteína 3.58 ng/mL.

Rayos X de tórax: Imágenes compatibles con hernia hiatal, atelectasias laminares y osteopenia.

Ultrasonido abdominal: Litiasis vesicular, quiste gigante de hígado, dependiente de lóbulo izquierdo de 13.2 x 10.0 x 14.8 cm, con un volumen de 1,035 cm<sup>3</sup>, y otro pequeño de 1.3 cm. Tomografía axial computada: en los cortes se corroboran las características descritas en el ultrasonido, tanto zona de localización como características morfológicas (Figura 1).

Con lo anterior descrito, se decidió procedimiento quirúrgico que a continuación se describe: Con el paciente en

posición francesa y bajo anestesia general balanceada, se realizó neumoperitoneo con CO<sub>2</sub> para iniciar laparoscopia con previa colocación de cuatro puertos de abordaje, 1 de 10 mm y 3 de 5 mm; el primero infraumbilical y epigástrico, subcostal derecho, lateral derecho, los puertos de 5 mm.

Durante la laparoscopia, se evidenció un gran quiste hepático dependiente de prácticamente todo el lóbulo izquierdo, de superficie lisa. Se puncionó y se extrajo aproximadamente 1.3 litros de líquido cristalino (Figura 2). Se inició entonces la desecación y destechamiento del quiste con bisturí armónico (Figura 3), logrando comple-



**Figura 2.** Gran quiste hepático dependiente de prácticamente todo el lóbulo izquierdo.



**Figura 1.** Tomografía axial computada.



**Figura 3.** Desecación y destechamiento del quiste con bisturí armónico.

tarse de forma adecuada este procedimiento con mínimo sangrado transoperatorio.

Se realizó de forma complementaria colecistectomía con técnica laparoscópica habitual y se colocó drenaje cerrado, J-Vac (Blacke) 19 Fr, al final del procedimiento quirúrgico.

Las piezas se enviaron a Patología, reportando quiste hepático simple y colecistitis crónica litiásica.

La paciente fue egresada a las 24 horas de haber sido operada y su evolución ha sido satisfactoria, continuando con vigilancia en consulta externa.

## DISCUSIÓN

Los quistes hepáticos de origen no parasitario pueden ser solitarios o múltiples, como se observó en nuestra paciente y se presentan sin disfunción hepática. Con la realización de la cirugía de mínima invasión, el manejo de los quistes sintomáticos permite al paciente menores molestias postoperatorias y menor índice de complicaciones, a diferencia de cuando se realizaban enucleaciones y derivaciones internas, además de tener los beneficios estéticos ya conocidos y un alta precoz.<sup>10</sup>

El diagnóstico de los quistes hepáticos simples es casi siempre realizado de forma accidental como hallazgos en estudios de ultrasonido.<sup>6</sup> Los síntomas están en relación con el tamaño del quiste y se presentan por lo regular cuando son mayores a 5 cm.<sup>7,8</sup>

Los síntomas que pueden presentar son: dolor en hipocondrio derecho, presencia de masa palpable, náusea, plenitud postprandial y disnea, entre las más importantes. Las complicaciones más frecuentes son la hemorragia espontánea seguida de la sobreinfección, la torsión de un quiste pediculado o la obstrucción biliar.<sup>6</sup>

La mayoría de los quistes son asintomáticos y no requieren de tratamiento. Cuando su tamaño supera los 4 cm,<sup>6</sup> habitualmente se realiza seguimiento y control con ultrasonido; si no aumenta de tamaño en dos años, no se requerirá más seguimiento.

Se han propuesto diversos abordajes terapéuticos para los quistes de gran tamaño, incluyendo la aspiración percutánea con o sin inyección de una sustancia esclerosante, el drenaje interno mediante cistoyeyunos-

tomía, el destechamiento amplio y diversos grados de resección hepática.<sup>6</sup>

El tratamiento de elección es el quirúrgico, siendo el abordaje laparoscópico eficaz y seguro; su desarrollo permite que cada vez más pacientes sean tratados con éxito con esta técnica.<sup>5,6</sup>

El destechamiento laparoscópico de los quistes hepáticos no parasitarios es un método efectivo y seguro para el tratamiento de esta enfermedad, ya que se puede ofrecer de primera instancia como tratamiento en la mayoría de los casos, presentándose con este método poca pérdida sanguínea, disminución de la estancia intrahospitalaria, con una baja morbilidad y mortalidad, y como consecuencia, un regreso temprano a sus actividades normales, comparado con otros tipos de tratamiento, por ejemplo: la fenestración abierta o resección hepática.<sup>5</sup>

## REFERENCIAS

1. Macho O, Gómez J, Núñez A, Narvaiza L et al. Quiste hepático simple gigante como causa de disnea en paciente de 93 años. *An Med Interna* 2007; 24(3): 135-137.
2. Pedrosa C, Casanova R. Diagnóstico por imagen: Tratado de radiología clínica. 2ª ed. España: Mc Graw-Hill, Inc: 602-603.
3. Hazbon H. Enfermedad poliquística del hígado. *Rev Colomb Cir* 2008; 23(3): 168-173.
4. Taylor R, Langer B. Current surgical management of hepatic cyst disease. *Advances in Surg* 1998; 31: 127-148.
5. Torices E, Domínguez L, Méndez L, Olvera H et al. Tratamiento laparoscópico de los quistes hepáticos simples. *Rev Mex Cir Endosc* 2005; 6(1): 11-18.
6. Ruiz J, López A, Moreno A, Vázquez J. Manejo quirúrgico de los quistes hepáticos simples. *Cir Cir* 2012; 80: 52-55.
7. McCormack Lucas. Manejo del incidentaloma hepático. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2008; 38: 202-212.
8. Fernández F, Ortiz M, Cortés M, Blond E et al. Quiste hepático no parasitario. A propósito de cuatro observaciones. *Rev Esp Enf Apar Digest* 1986; 70: 79-84.
9. Stambuk J, De Aretxabala X, Laving M, Zamarín J. Fenestración laparoscópica de quistes hepáticos sintomáticos: Reporte de tres casos. *Rev Chil Cir* 2008; 60(6): 548-551.
10. Flamingo P, Tedeschi U, Veroux M, Cillo U et al. Laparoscopic treatment of simple hepatic cysts and polycystic liver disease. *Surg Endosc* 2003; 17: 633-636.