

Manejo quirúrgico de los quistes hepáticos simples

Jaime Ruiz-Tovar,* Adolfo López-Buenadicha,** Alberto Moreno-Caparros,***
Javier Nuño Vázquez-Garza****

Resumen

Introducción: hasta el momento no existe consenso acerca del tratamiento óptimo de los quistes hepáticos simples sintomáticos o complicados.

Material y métodos: estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de quiste hepático simple con tratamiento quirúrgico en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid, España, entre 1998 y 2008.

Resultados: analizamos 21 pacientes: 18 mujeres (85.7%) y 3 varones (14.3%) con una edad media de 64.2 años. Diez pacientes (47.6%) tuvieron diagnóstico incidental por no presentar síntomas; se realizó un seguimiento mediante pruebas de imagen, observándose el crecimiento del quiste. Tres pacientes (14.3%) tenían quiste hepático simple infectado. Siete pacientes (33.3%) presentaban dolor abdominal y uno (4.8%) refería palparse un tumor abdominal. El tratamiento quirúrgico consistió en destechamiento del quiste y drenaje en 18 pacientes (85.7%) y enucleación del quiste en 3 (14.3%). Presentaron complicaciones posoperatorias 2 pacientes (9.6%). No hubo muertes. El diagnóstico histológico fue quiste hepático simple en 17 pacientes (80.9%) y quistoadenoma hepático en 4 (19.1%); estos últimos fueron reintervenidos para resección completa del quiste. Recidivaron 4 casos (23.5%) de quistes hepáticos simples; en todos ellos se había realizado destechamiento del quiste y drenaje.

Conclusión: En algunos casos los quistoadenomas muestran características ecográficas y radiológicas idénticas a los quistes hepáticos simples, esto puede conducir a un acto quirúrgico inadecuado. Consideramos recomendable realizar una biopsia intraoperatoria de todo quiste hepático resecado para confirmar que se trate de un quiste simple. El destechamiento del quiste se asocia con una tasa de recidiva superior a 20%, por lo que proponemos una enucleación del quiste como mejor tratamiento.

Palabras clave: quiste hepático simple, quiste hepático no hidatídico, quistoadenoma hepático.

Abstract

Background: To date there is no consensus about the treatment of choice for symptomatic or complicated simple liver cysts.

Methods: A retrospective study of all patients diagnosed with simple liver cyst surgically managed at Ramon y Cajal Hospital during the period between 1998 and 2008 was performed.

Results: We analyzed 21 patients, 18 females (85.7%) and three males (14.3%) with a mean age of 64.2 years. Ten patients (47.6%) were asymptomatic. During follow-up, cyst growth was determined. Three patients (14.3%) presented an infected simple liver cyst. Seven patients (33.3%) presented abdominal pain and one patient (4.8%) reported an abdominal mass during self-examination.

Treatment consisted of unroofing and cyst drainage in 18 patients (85.7%) and cyst enucleation in three patients (14.3%). Postoperative complications appeared in two patients (9.6%). There was no mortality.

Pathology revealed simple liver cyst in 17 patients (80.9%) and liver cystadenoma in four (19.1%). The latter were reoperated for complete cyst resection. Recurrence rate was 23.5% (four cases) for the simple liver cysts. In all cases, unroofing was performed.

Conclusion: In some cases, cystadenomas show ultrasonographic and radiological features similar to simple liver cysts, implying an incorrect surgical approach. We recommend performing an intraoperative biopsy of all resected liver cysts to confirm its nature. Unroofing is associated with a high recurrence rate (>20%). Therefore, we propose cyst enucleation as the best surgical treatment.

Key words: Simple liver cyst, nonhydatid cyst, liver cystadenoma.

* Médico Adjunto. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Elche. Alicante, España.

** Médico Adjunto. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, España.

*** Médico Adjunto. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, España.

**** Jefe de Sección. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, España.

Correspondencia:

Jaime Ruiz-Tovar

Corazón de María, 64, 7ºJ

CP. 28002, Madrid, España

Tel: (0034) 630534808

Correo electrónico: jruiztovar@gmail.com

Recibido para publicación: 27/04/11

Aceptado para publicación: 29-04-2011

Introducción

Los quistes hepáticos no hidatídicos representan un grupo heterogéneo de trastornos que se diferencian en su etiología, prevalencia y manifestaciones clínicas. Dentro de ellos, el quiste hepático simple es el más frecuente. La mayoría de quistes simples son un hallazgo incidental durante la realización de una prueba de imagen por otra causa no relacionada y pocos de ellos son sintomáticos o se asocian con complicaciones, no siendo necesaria la cirugía en la mayor parte de ellos.^{1,2}

A pesar de haberse descrito diversos abordajes terapéuticos hasta el momento no existe consenso acerca del tratamiento óptimo de los quistes hepáticos simples sintomáticos, complicados o que muestran un crecimiento durante su seguimiento.³

El objetivo de este trabajo es analizar la experiencia de nuestro centro en el manejo quirúrgico de los quistes hepáticos simples durante los últimos 11 años, evaluando la capacidad de los métodos de diagnóstico empleados y la recurrencia.

Material y métodos

Realizamos un estudio serie de casos tipo: retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal de todos los pacientes con diagnóstico de quiste hepático simple, sometidos a tratamiento quirúrgico en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, en el periodo comprendido entre el 31 de enero de 1998 y el 24 de noviembre de 2008. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, manifestaciones clínicas, métodos de diagnóstico empleados, tamaño del quiste, localización, tratamiento quirúrgico, complicaciones posoperatorias, estancia hospitalaria, estudio histológico del quiste, recidiva del quiste y seguimiento.

Fueron incluidos también aquellos pacientes, con diagnóstico preoperatorio por pruebas de imagen de quiste hepático simple, que posteriormente resultaron con quistoadenomas hepáticos en el estudio histológico.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS® 12.0 para Windows®. Las variables cuantitativas que seguían una distribución normal fueron definidas por media y desviación típica; las que no la seguían fueron definidas por mediana e intervalo. Las variables discretas fueron definidas por número de casos y porcentaje.

Resultados

Analizamos un total de 21 pacientes: 18 mujeres (85.7%) y 3 varones (14.3%) con una edad media de 64.2 ± 10.7 años.

Las manifestaciones clínicas de los pacientes fueron dolor abdominal en 7 pacientes (33.3%), fiebre indicativa de infección del quiste en 3 (14.3%) y palpación de un tumor abdominal en 1 (4.8%); 10 pacientes (47.6%) no presentaban síntomas y el diagnóstico fue incidental durante la realización de una prueba de imagen por otra causa o por un hallazgo intraoperatorio. La indicación quirúrgica en estos pacientes se estableció al observarse crecimiento durante el seguimiento. Los tres pacientes que presentaban un cuadro infeccioso consistente en fiebre, dolor en hipocondrio derecho, leucocitosis y hallazgos ecográficos compatibles con quiste hepático simple, fueron inicialmente manejados mediante terapia con antibióticos resolviéndose el cuadro y, posteriormente, programados para cirugía electiva de quistes simples complicados.

La prueba de imagen más ampliamente utilizada para la caracterización de la lesión quística hepática fue la resonancia magnética (RM) abdominal, realizándose en 17 pacientes (80.9%). En ella, los quistes aparecían como lesiones bien definidas, de densidad agua, sin septos en su interior y que no captaban contraste. La segunda prueba más realizada fue la ecografía abdominal (10 pacientes [47.6%]), donde los quistes se mostraban como lesiones anecoicas con sombra posterior, uniloculares, llenas de líquido y sin pared. De los pacientes, en 38.1% fue necesario realizar ambas técnicas para la mejor caracterización del quiste o confirmación del diagnóstico. La tomografía computada (TC) abdominal, realizada en 3 pacientes (14.3%), no aportó más información que las pruebas anteriores.

En 13 casos (61.9%) los quistes se localizaban en el lóbulo hepático derecho y en 8 (38.1%) casos en el izquierdo. En 19 casos (90.4%) los quistes eran únicos en todo el hígado mientras que en 2 pacientes (9.6%) coexistían otros quistes, también con características de quiste simple en el mismo lóbulo hepático, pero en segmentos diferentes.

El tratamiento quirúrgico consistió en fenestración amplia del quiste (destechamiento de toda la superficie del quiste fuera del volumen hepático) y drenaje de su contenido en 18 pacientes (85.7%) y enucleación del quiste en 3 (14.3%). Todas las cirugías se realizaron por laparotomía; la laparoscopia fue desestimada al no disponerse de experiencia en cirugía hepática mediante este abordaje. En nuestra experiencia no utilizamos epiplón para sellar los quistes ni esclerosamos la pared interna porque consideramos que el exudado que produce la porción de cápsula, que abandonamos dentro del volumen hepático, es reabsorbido por el peritoneo sin consecuencias. En el caso de contenido hemático solamente dejamos un drenaje en el lecho ya que la hemorragia no suele ser activa en el momento de la intervención.

Hubo complicaciones posoperatorias en 2 pacientes (9.6%) consistentes en una neumonía y una fistula biliar de

bajo débito que se manejó de forma conservadora. No hubo muertes y la mediana de estancia hospitalaria fue de 10 días (5-51 días).

El diagnóstico histológico fue quiste hepático simple en 17 pacientes (80.9%) y quistoadenoma hepático en 4 (19.1%); estos últimos, en los que se había realizado una fenestración del quiste, fueron reintervenidos para resección completa del quiste. El tamaño promedio de los quistes fue de 8 cm (rango 3-19 cm). Los quistes sintomáticos o complicados muestran un tamaño significativamente mayor que los asintomáticos (IC 95% 7.8-13.2 cm; $p < 0,001$).

Tras una mediana de seguimiento de 61 meses (11-124 meses) recidivaron 4 casos de los quistes hepáticos simples (23.5%); en todos ellos se había realizado fenestración del quiste y drenaje. El tamaño de los quistes recidivados era de 4 y 6 cm y dos de 8 cm sin observarse diferencia estadísticamente significativa entre el tamaño de los quistes recidivados y de los que no recurrieron. El diámetro mayor de estos quistes era el de superficie por lo que la fenestración fue amplia y no consideramos un destechamiento insuficiente como causa de la recidiva. En tres de los quistes simples recidivados se decidió observación sin que se presentara crecimiento, en el cuarto caso de quiste hepático simple recidivado se observó un crecimiento de 1 a 13 cm en 6 meses, por ello se decidió nueva cirugía para resección completa del quiste y no hubo nueva recidiva. El diagnóstico histológico del segundo quiste fue también de quiste hepático simple.

Discusión

Dentro de las lesiones quísticas hepáticas no hidatídicas se incluyen, por orden de mayor a menor frecuencia, el quiste simple, el quistoadenoma hepático, el quistoadenocarcinoma, la poliquistosis hepática, los quistes biliares y el quiste hepático ciliado.³ Los quistes hepáticos simples son formaciones quísticas con contenido claro en su interior, sin comunicación con el árbol biliar intrahepático. La prevalencia de los quistes simples es de 1% entre la población general adulta. Muy pocos quistes hepáticos simples alcanzan un tamaño significativo y es aún menos frecuente que causen síntomas. Su tamaño oscila desde pocos milímetros hasta lesiones masivas que ocupan todo el hemiabdomen superior.^{1,4}

La aparición de quistes hepáticos simples es más frecuente en mujeres en una proporción 1.5:1. Sin embargo, en quistes sintomáticos, complicados o de gran tamaño, la proporción se dispara apareciendo 9 casos en mujeres por cada caso en varones. En nuestra muestra la proporción mujer:hombre fue 6:1; si bien nuestro tamaño de muestra fue pequeño. La localización de los quistes simples es más

frecuente en el lóbulo hepático derecho, lo que se confirma también en nuestra serie.⁵

Los síntomas más frecuentes, cuando aparecen, son el dolor abdominal o dorsolumbar, seguido de las náuseas y los vómitos, mientras que las complicaciones más frecuentes son la hemorragia espontánea seguida de la sobreinfección, la torsión de un quiste pedunculado o la obstrucción biliar.⁶

El diagnóstico de un quiste hepático simple se basa en los hallazgos sugestivos de las pruebas de imagen con una clínica compatible. Sin embargo, en ocasiones es difícil diferenciar quistes hepáticos simples de quistoadenomas o incluso de quistoadenocarcinomas. Así ocurrió en nuestra serie, 4 pacientes con quistoadenoma fueron erróneamente diagnosticados como con quiste hepático simple, lo que condujo a una intervención quirúrgica inadecuada que precisó de reintervención. Por ello creemos recomendable realizar una biopsia intraoperatoria de todo quiste hepático resecado. Ecográficamente los quistes simples se caracterizan por ser imágenes anecóicas, uniloculares, sin paredes quísticas y con sombra acústica posterior. En la resonancia magnética (RM) aparecen como lesiones bien delimitadas, de densidad agua que no capta contraste y sin septos en su interior. La tomografía computada (TC) no aporta mayor información que la RM o que la ecografía. Los quistoadenomas suelen presentar paredes quísticas gruesas e imágenes ecogénicas en su interior que se corresponden con debris o con la propia nodularidad de la pared quística; en la RM suelen presentar septos en su interior; sin embargo, hay quistoadenomas que pueden mostrar las mismas características que los quistes hepáticos simples siendo, por lo tanto, indistinguibles hasta que se realice un análisis histológico.⁷ La bibliografía estima la especificidad de la ecografía en el diagnóstico del quiste hepático simple entre 90 y 95%, mientras que con la RM varía entre 95 y 100%, según las distintas series.^{8,9} A pesar de que la fiabilidad diagnóstica de ambas pruebas es alta, más aún en aquellos casos en que se realizan ambas, un pequeño porcentaje de quistoadenomas puede ser confundido con quistes hepáticos simples. De hecho, los 4 casos de nuestra serie que se diagnosticaron erróneamente como quistes simples habían sido estudiados mediante ambas técnicas.

La mayoría de los quistes hepáticos simples no precisan tratamiento. Se recomienda seguimiento periódico de todo quiste simple mayor de 4 cm para asegurar que no aumenta de tamaño. La presencia de síntomas relacionados con el quiste o el aumento de tamaño es una indicación quirúrgica ya que podría tratarse de un quistoadenoma o de un quistoadenocarcinoma, que es más frecuentemente sintomático y tiende a crecer. Se han propuesto diversos abordajes terapéuticos para los quistes de gran tamaño, incluyendo la aspiración percutánea con o sin inyección de una sus-

tancia esclerosante, el drenaje interno mediante quistoyeyunostomía, el destechamiento amplio y diversos grados de resección hepática.³ La fenestración amplia se ha descrito en la literatura como una técnica con pocas complicaciones y con un porcentaje pequeño de recidivas que oscila entre 0 y 14.3%.^{4,10,11} Actualmente el abordaje laparoscópico es ampliamente utilizado para el manejo de los quistes hepáticos, con resultados similares a los descritos mediante cirugía abierta pero con las ventajas de la laparoscopia; es considerado por algunos autores como el abordaje de elección para el tratamiento quirúrgico de los quistes hepáticos simples.^{4,6,10,12} En nuestra serie ninguno de los pacientes fue intervenido por vía laparoscópica al no disponer de experiencia suficiente en cirugía hepática mediante este abordaje.

La tasa de recidiva de los quistes hepáticos simples es 23.5%. Si excluimos los casos sometidos a enucleación del quiste que no han presentado recidiva la tasa de recidiva del quiste hepático, tras destechamiento amplio, se eleva a 28.6%, muy superior a lo descrito en la literatura. Desconocemos la causa de esta mayor tasa de recidivas en nuestra serie pero indica que la fenestración de los quistes hepáticos simples no es un tratamiento adecuado; por ello proponemos la enucleación del quiste como un tratamiento más adecuado, si bien harían falta más estudios, con mayor número de pacientes, para confirmar esta hipótesis.

Conclusión

El quiste hepático simple es una entidad frecuente que rara vez requiere tratamiento quirúrgico. Mediante técnicas de imagen se pueden diferenciar la mayoría de los quistes simples del resto de las lesiones quísticas hepáticas; sin embargo, en algunos casos los quistoadenomas muestran características ecográficas y radiológicas idénticas a los quistes hepáticos simples, lo que conduce a un diagnóstico erróneo que puede conducir a un acto quirúrgico inadecuado. Sería recomendable realizar una biopsia intraoperatoria de todo quiste hepático resecado para confirmar que se trate, efecti-

tivamente, de un quiste simple. La fenestración amplia del quiste se asoció, en nuestra serie, con una tasa de recidiva próxima a 30%, por lo que proponemos que se realice una enucleación del quiste para un mejor pronóstico. Son necesarios, sin embargo, más estudios prospectivos y con un mayor tamaño de muestra para confirmar esta última hipótesis.

Referencias

1. Regev A, Reddy KR, Berho M, Sleeman D, Levi JU, Livingstone AS, et al. Large cystic lesions of the liver in adults: a 15-year experience in a tertiary center. *J Am Coll Surg* 2001;193:36-45.
2. Hagiwara A, Inoue Y, Shutoh T, Kinoshita H, Wakasa K. Haemorrhagic hepatic cyst: a differential diagnosis of cystic tumour. *Br J Radiol* 2001;74:270-272.
3. Jones RS. Surgical management of non-parasitic liver cysts. In: Blumgart LH, ed. *Surgery of the Liver and Biliary Tract*. 2nd ed. London: Churchill Livingstone, 1994. p. 1211.
4. Zacherl J, Scheuba C, Imhof M, Jakesz R, Függer R. Long-term results after laparoscopic unroofing of solitary symptomatic congenital liver cysts. *Surg Endosc* 2000;14:59-62.
5. Garcea G, Pattenden CJ, Stephenson J, Dennison AR, Berry DP. Nine-year single-center experience with non-parasitic liver cyst: diagnosis and management. *Dig Dis Sci* 2007;52:185-191.
6. Katkhouda N, Hurwitz M, Gugenheim J, Mavor E, Mason RJ, Walidrep DJ, et al. Laparoscopic management of benign solid and cystic lesions of the liver. *Ann Surg* 1999;229:460-466.
7. Nisenbaum HL, Rowling SE. Ultrasound of focal hepatic lesions. *Semin Roentgenol* 1995;30:324-346.
8. Stambuk J, Artxabala X, Lavin M, Zamarín J. Fenestración laparoscópica de quistes hepáticos sintomáticos. *Rev Chil Cir* 2008;60:548-551.
9. Barabino M, Leone S, Dapri G, Marsetti M, Ghislandi R, Opochev E. Hepatobiliary cystadenoma: diagnostic uncertainty. *HPB* 2004;6:52-54.
10. Diez J, Decoud J, Gutierrez I, Suhl A, Merello J. Laparoscopic treatment of symptomatic cysts of the liver. *Br J Surg* 1998;85:25-27.
11. Martin IJ, McKinley AJ, Currie EJ, Holmes P, Garden OJ. Tailoring the management of nonparasitic liver cysts. *Ann Surg* 1998;228:167-172.
12. Mimatsu K, Oida T, Kawasaki A, Kanou H, Kuboi Y, Aramaki O, et al. Long-term outcome of laparoscopic reroofing for symptomatic nonparasitic liver cysts. *Hepatogastroenterology* 2009;56:850-853.