

Cirujano General

Volumen 27
Volume

Número 1
Number

Enero-Marzo 2005
January-March

Artículo:

Quiste hepático sintomático. A propósito de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Quiste hepático sintomático. A propósito de un caso

Symptomatic hepatic cyst. A propos of one case

Dr. Carlos Alberto Blé Marín, Dr. Marco Antonio Blé Marín

Resumen

Objetivo: Informar el caso de una paciente en quien se diagnosticó, por clínica y métodos de imagen, un quiste hepático gigante.

Sede: Hospital de 2º nivel de atención.

Informe del caso: Se trató de una mujer en la quinta década de la vida, con cuadro clínico de 6 meses de evolución, con dolor abdominal en hipocondrio derecho y masa palpable, acompañado de náusea, vómito y pérdida de peso de 9 kg en 3 semanas. Los estudios de imagen revelaron lesión quística de lóbulo derecho del hígado, la endoscopia demostró compresión gástrica extrínseca. La laparotomía exploradora reveló un quiste hepático derecho gigante con líquido citrino en su interior, se drenó y realizó destechamiento del quiste.

Conclusión: Los quistes hepáticos no parasitarios se deben tratar quirúrgicamente

Palabras clave: Hígado, quistes, quiste hepático.
Cir Gen 2005;27:83-85

Abstract

Objective: To report the case of a female patient, who was diagnosed, through clinical and imaging methods, to course with a giant hepatic cyst.

Setting: Second level health care hospital.

Case description: A woman in her 50s, with a history of 6 months evolution of abdominal pain in the right hypochondrium and palpable mass, accompanied by nausea, vomiting, weight loss of 9 kg in 3 weeks. Imaging studies revealed a cystic lesion of the right liver lobe; endoscopy revealed extrinsic gastric compression. Exploratory laparotomy revealed a right giant liver cyst with yellow-greenish liquid inside. The cyst was drained and unroofed.

Key words: Liver, cysts, hepatic cyst.
Cir Gen 2005;27:83-85

Introducción

Los quistes solitarios no parasitarios del hígado (QHNP) constituyen una entidad conocida desde el siglo pasado. Atribuida la primera descripción a Bristowe, en 1855, en realidad este autor se refirió a la enfermedad poliquística del hígado.¹

Entidad poco frecuente, desde que fue descrita por Michel en 1856, hasta 1980, sólo se habían publicado alrededor de 1,000 pacientes.¹⁻³

Los quistes hepáticos que se encuentran con mayor frecuencia en la sociedad occidental es el congénito, re-

lacionado con el desarrollo. Una forma rara de este tipo de afección es la enfermedad poliquística, que muchas veces afecta sólo los riñones aunque en ocasiones alcanza también el hígado.^{1,3,4}

La frecuencia mundial de los quistes no parasitarios del hígado es baja, por su carácter generalmente asintomático y relativamente poco común. Pueden ser quistes verdaderos (con revestimiento epitelial) o quistes falsos (revestidos por tejido fibroso).^{3,4-8} Hay simples y complejos cuando tienen pared engrosada, proyecciones interpapilares, áreas sólidas y septos en su interior.

Departamento de Cirugía General de la Clínica Hospital Tamazunchale, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) San Luis Potosí, SLP.

Recibido para publicación: 13 de agosto de 2003

Aceptado para publicación: 5 de septiembre de 2003

Correspondencia: Calle Chimalpopoca No 7, Colonia Chimalpopoca, Pánuco, Veracruz.

Teléfono 483 36 01015 ó 846 26 63020 drble@terra.com.mx ó drble@terra.com

Este tipo de quiste es neoplásico hasta que no se demuestre lo contrario.⁹

Se ha informado una prevalencia del 2 al 7.81%, más frecuente en mujeres que en hombres, en proporción de 4:1 y puede presentarse a cualquier edad, las décadas más afectadas son la 4^a y 5^a. En una serie publicada en la Clínica Mayo, Sanfelippo y col. encontraron una incidencia de cerca de 17 casos por cada 10,000 exploraciones abdominales. En las autopsias se encuentran índices parecidos. Los grandes quistes solitarios congénitos se presentan en forma esporádica, no hereditaria.^{7,10,11}

La mayoría de los QHNP son asintomáticos y, por lo tanto, no requieren tratamiento; sólo 5 al 10% presentan síntomas. El diámetro es importante; si es de 10 cm se hacen sintomáticos, y entre 10 a 15 cm aumentan las complicaciones.^{8,9}

Generalmente, los síntomas que causan son: dolor abdominal en el hipocondrio derecho, aumento de volumen y, por compresión de vísceras adyacentes, puede haber malestar epigástrico, plenitud postprandial, náusea y vómito, y el tiempo promedio de evolución es de 6 meses.⁸ En caso de abdomen agudo, la complicación del quiste puede ser hemorragia, ruptura a peritoneo, torsión del pedículo, y, muy rara vez, ictericia e hipertensión portal.^{3,11-14}

Los pilares del diagnóstico se basan en precisar su localización y la relación con las estructuras vasculares y biliares, descartar comunicación con el árbol biliar, aunque el diagnóstico puede ser clínico, se confirma con ultrasonido y tomografía, la resonancia magnética sólo en caso de duda.^{9,15}

El objetivo de este artículo es la presentación del caso de una paciente con un quiste gigante hepático no parasitario, sintomático, en la quinta década de su vida.

Descripción del caso

Se trató de una mujer de 40 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial sistémica y cardiopatía isquémica en tratamiento. Evolución de 6 meses con dolor abdominal tipo cólico, intenso de localización en el hipocondrio derecho, sin asociación a la ingesta de colecistquinéticos, además de plenitud postprandial, náusea, vómito y pérdida de peso de 9 kg en 3 semanas.

A la exploración física con buen estado general, obesidad exógena, con masa palpable dolorosa en hipocondrio derecho, de superficie regular, blanda, de aproximadamente 15 x 15 cm, signo de Murphy negativo.

Los estudios de laboratorio con Hb de 10 g, las pruebas de función hepática fueron normales.

El ultrasonido abdominal reveló una lesión de aspecto quístico en lóbulo derecho del hígado, de 133 x 112 x 113 mm. Vesícula y vías biliares normales (**Figura 1**).

En la tomografía computada de abdomen se identificó la presencia de una imagen de aspecto hipodenso, de bordes regulares, lobulados y bien definidos, localizados en el parénquima hepático, con dimensiones de 13 x 13.5 x 12.1 cm (**Figura 2**). Un estudio de panendoscopia demostró compresión gástrica extrínseca (**Figura 3**).

Se realizó laparotomía exploradora y se encontró un quiste hepático en lóbulo derecho del hígado, de aproxi-

madamente 15 x 15 x 15 cm, al cual se le realizó punción y drenaje, obteniendo líquido de aspecto citrino en aproximadamente 1,500 ml, líquido que se envió para estudio citológico, en el cual se encontró: inflamación aguda por polimorfonucleares, eritrocitos ++, sin observar células epiteliales. Se realizó destechamiento del quiste.

El estudio histológico definitivo informó: pared de quiste formada por tejido fibroconjuntivo, en el cual se observa exudado inflamatorio de tipo crónico y congestión vascular; así mismo, se observan escasos fragmentos de tejido hepático, con hepatocitos que presentan cambios por regeneración, con núcleos hipocrómicos, agrandados, con binucleación, con citoplasma vacuulado.

Discusión

Dado que sólo del 5 al 10% de los quistes hepáticos dan síntomas, el tratamiento quirúrgico en estos casos es el de elección. Sin embargo, en los pacientes asinto-



Fig. 1. Imagen por ultrasonido del quiste único gigante.



Fig. 2. Quiste único gigante de lóbulo derecho del hígado, imagen tomográfica.



Fig. 3. Compresión gástrica por quiste en lóbulo derecho, imagen endoscópica.

máticos el manejo es expectante. En el caso de requerir el tratamiento quirúrgico, siempre debe ser electivo y se deberá determinar el tipo, localización y las relaciones anatómicas precisas del quiste.¹³ Las principales indicaciones quirúrgicas electivas son: síntomas obstructivos por compresión y la masa palpable dolorosa; el plan quirúrgico siempre estará determinado por las condiciones del paciente.^{11,16}

En el caso de los drenajes por punción percutánea sólo deberá efectuarse en el caso de pacientes con alto riesgo para la cirugía abierta, dada su alta tasa de recurrencias.^{12,14} La fenestración por vía laparoscópica es un excelente abordaje, pero los mejores resultados se obtienen con los quistes simples, superficiales y no en quistes profundos ni en pared posterior de lóbulo hepático derecho, ni en enfermedad poliquística severa del adulto y todo en manos experimentadas.^{11,17}

Conclusión

En conclusión, los quistes hepáticos no parasitarios se pueden manejar de diferentes formas, pero lo ideal es que se cumplan los objetivos de la cirugía, los cuales son la descompresión y evitar la recurrencia.

Reconocimiento

Reconocemos el apoyo de las siguientes personas por su valiosa colaboración:

Dr. Anselmo López Ángeles, Director médico del Hospital ISSSTE de Tamazunchale, SLP por haber otorgado todas las facilidades en la unidad hospitalaria, para realizar el presente trabajo

Dra. Nancy Mejía Manzo, por su colaboración en la búsqueda, recopilación y organización de parte de la bibliografía consultada.

Dr. Rosalío Antonio Alvarado del Ángel, por su participación en la redacción de los diferentes documentos que conformaron el caso, así como, solicitudes y elaboración de textos.

Referencias

- Sierra Enrique E, Vázquez Roque J, Martínez Ramos G. Quistes solitarios no parasitarios del hígado. Presentación de 9 casos. *Rev Cubana Cir* 1999; 38: 109-16.
- Hadad AR, Westbrook KC, Graham GG, Morris WD, Campbell GS. Symptomatic nonparasitic liver cysts. *Am J Surg* 1977; 134: 739-44. "Citado en: Galindo Rujana ME, Fenig Rodríguez J, Pedraza Mendoza H, Fernández de Castro J, Cabildo Flores A, Sandoval Mejía AL, et al. Cistadenoma hepatoiliar y enfermedad poliquística hepática: informe de dos pacientes. *Cir Gen* 2003; 25: 49-53.
- Galindo Rujana ME, Fenig Rodríguez J, Pedraza Mendoza H, Fernández de Castro J, Cabildo Flores A, Sandoval Mejía AL, et al. Cistadenoma hepatoiliar y enfermedad poliquística hepática: informe de dos pacientes. *Cir Gen* 2003; 25: 49-53.
- Langer B, Gallinger S. Enfermedad quística del hígado. Cirugía del aparato digestivo 3^a ed. 1993: 520-36.
- Coutsoftides T, Hermann RE. Nonparasitic cysts of the liver. *Surg Gynecol Obstet* 1974; 138:906-10. "Citado en Langer B, Gallinger S. Enfermedad quística del hígado. Cirugía del aparato digestivo 3^a ed. 1993: 520-36.
- Jones WL, Mountain JC, Warren KW. Symptomatic non-parasitic cysts of the liver. *Br J Surg* 1974; 61: 118-23. "Citado en Ortiz González J, Gracida Mancilla NI, Sánchez Lozada R, Reyes Segura MP. Quistes hepáticos no parasitarios. *Cir Gen* 2002; 24: 326-34.
- Trotter JF, Everson GT. Benign focal lesions of the liver. *Clin Liver Dis* 2001; 5: 17-42 "Citado en Ortiz González J, Gracida Mancilla NI, Sánchez Lozada R, Reyes Segura MP. Quistes hepáticos no parasitarios. *Cir Gen* 2002; 24: 326-34.
- Ortiz González J, Gracida Mancilla NI, Sánchez Lozada R, Reyes Segura MP. Quistes hepáticos no parasitarios. *Cir Gen* 2002; 24: 326-34.
- Zorrilla Lara JO, Oliveros Wilches R, Barbosa G, Villamizar J, Junca G, Ospina J, et al. Quistes hepáticos. *Rev Colomb Gastroenterol*. [seriada en línea] 2001;16(2):[33 pantallas]. Disponible en: INTERNET: <http://www.encolombia.com/>
- Sanfelippo PM, Beahrs OH, Weiland LH. Cystic disease of the liver. *Ann Surg* 1974; 179: 922-5.
- Fabiani P, Mazza D, Toouli J, Bartels AM, Gugenheim J, Mouiel J. Laparoscopic fenestration of symptomatic non-parasitic cysts of the liver. *Br J Surg* 1997; 84: 321-2
- Kwok MK, Lewin KJ. Massive hepatomegaly in adult polycystic liver disease. *Am J Surg Pathol* 1988; 12: 321-4.
- Morino M, D'Giuli M, Festa V, Garrone C. Laparoscopic management of symptomatic nonparasitic cysts of the liver. Indications and results. *Ann Surg* 1994; 219: 157-64.
- Tanaka S, Watanabe M, Akagi S, Sato S, Niigaki M, Nogami C, et al. Laparoscopic fenestration in combination with ethanol sclerotherapy prevents a recurrence of symptomatic giant liver cyst. *Surg Laparosc Endosc* 1998; 8: 453-56
- Kesby GJ. Pregnancy complicated by symptomatic adult polycystic liver disease. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179: 266-7.
- Sánchez H, Gagner M, Rossi RL, Jenkins RL, Lewis WD, Munson JL, et al. Surgical management of nonparasitic cystic liver disease. *Am J Surg* 1991; 161: 113-8; discussion 118-9.
- Diez J, Decoud J, Gutierrez L, Suhl A, Merello J. Laparoscopic treatment of symptomatic cysts of the liver. *Br J Surg* 1998; 85: 25-7.