

Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica

Volumen 5
Volume

Número 1
Number

Enero-Marzo 2004
January-March

Artículo:

Drenaje de quiste hepático no parasitario mediante cirugía laparoscópica. Reporte de un caso y revisión en la literatura

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, AC

**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](#)



www.Medigraphic.com



Drenaje de quiste hepático no parasitario mediante cirugía laparoscópica. Reporte de un caso y revisión en la literatura

Dr. José Antonio Díaz Gil,* Dra. Cinthya Margarita Durán Gómez**

Resumen

Objetivo: Reportar el caso de una paciente a la cual se drena un quiste hepático por medio de cirugía endoscópica de manera exitosa.
Diseño: Reporte de un caso.

Sede: Hospital de segundo nivel de atención.

Descripción del caso: Femenino de 36 años que presenta aumento de volumen a nivel de hipocondrio derecho y dolor abdominal progresivo acompañado de vómito gastrobiliar. Se le tomaron exámenes de laboratorio y gabinete: BH completa, TP, TPT, plaquetas, QS, y ultrasonido de hígado, vesícula y vías biliares, con los siguientes resultados: los estudios de laboratorio no demostraron alteración alguna, el ultrasonido mostró imagen ovalada a nivel de lóbulo hepático derecho de características heterogéneas con paredes bien delimitadas. Se procedió a efectuar exploración por mínima invasión, encontrando una tumoración a nivel de lóbulo hepático derecho de aproximadamente 8 cm de diámetro con adherencias a peritoneo parietal, pero fácilmente abordable mediante disección roma lográndose disecar y posteriormente se puncionó con salida de líquido oscuro aproximadamente 200 cc.

Se procedió acto seguido a destechamiento del quiste.

Las muestras obtenidas se enviaron al Servicio de Laboratorio y Patología en donde se reportó serología hidatídica negativa y citología negativas para células malignas, la biopsia con reporte de paredes quísticas y ausencia de malignidad.

La paciente presentó buena evolución posoperatoria y es egresada al segundo día de hospitalización.

Conclusión: Se obtuvo buen resultado al drenar el quiste hepático mediante cirugía endoscópica.

Palabras clave: Quiste hepático, cirugía endoscópica, técnica.

Abstract

Objective: To report a case of a 36 year-old woman presenting a nonparasitic liver cyst drained by laparoscopic surgery in a successful way.

Design: A case report.

Seat: Regional Hospital Zone No. 35 of the Social Security Mexican Institute at Cosamaloapan, Veracruz, Mexico.

Case description: It is about a 36 year-old woman who presented increased volume at the at the right hipocondrius level and progressive abdominal pain accompanied with gastric-bilious vomiting. She was practiced the following laboratory examinations: complete CBC, PT, PTT, Platelets, BHC, and liver and gallbladder ultrasound, obtaining the following results: laboratory studies did not demonstrate any kind of alteration, the ultrasound showed an oval image at the right hepatic lobe level, presenting heterogeneous features with very well-defined walls. Then, an exploration by least-invasion was performed, finding a tumor at the right hepatic lobe of around 8-cm diameter with adherence to the parietal peritoneum, but easily accessible through blunt dissection. The tumor was dried obtaining, through puncture, a drainage amount of a dark liquid of about 200 cc. Afterwards, the cyst was unroofed. Then, the samples were sent to laboratory and pathology services, where both negative hydatid serology and cytology were reported for malignant cells. The biopsy showed cystic walls and no malignity. The patient presented a good postoperative evolution and she was discharged on the second day after the surgery.

Conclusion: A good result was obtained using laparoscopic surgery (endoscopy) for liver cyst drainage.

Key words: Hepatic cyst, endoscopic surgery, technique.

INTRODUCCIÓN

Los quistes hepáticos son tema de interés para el cirujano porque tienen una etiología amplia, varias manifestaciones clínicas y diferentes estrategias en el tratamiento.¹

Hoy en día con el advenimiento de las nuevas técnicas diagnósticas en radiología cada vez es más frecuente encontrar lesiones hepáticas asintomáticas² la mayoría de los quistes son de comportamiento benigno y no requieren tratamien-

* Cirujano General adscrito al Servicio de Cirugía General y Cirugía Endoscópica del Hospital General de Zona No. 35 IMSS. Cosamaloapan, Veracruz.

** Cirujana General adscrita al Servicio de Cirugía General del Hospital General de Zona No. 35 IMSS. Cosamaloapan, Veracruz.

to. En ocasiones son un verdadero dilema porque algunas neoplasias se presentan como quistes complejos.

En 1856, Michael informó el primer caso de quiste hepático solitario y Bristone describió el primer caso de enfermedad poliquística hepática, asociada con la enfermedad poliquística renal.³

Los quistes hepáticos no parasitarios son una entidad rara poco frecuente, según el reporte de serie de autopsias y de series clínicas, su frecuencia es de 1.4 a 1.6 por 1,000 y 0.009 a 0.93 por 1,000 respectivamente⁴ afecta menos del 5% de la población general, su transformación en carcinoma es aún más rara.⁵⁻¹⁶

Las mujeres padecen más frecuentemente esta entidad, especialmente en la quinta década de la vida.

La mayoría de los quistes no parasitarios son asintomáticos y, por lo tanto, no requieren ningún tipo de tratamiento; sólo menos del 5% presentan síntomas. El diámetro del quiste es importante, se sabe que si es mayor de 5 cm se hace sintomático y con un diámetro mayor de 8 cm aumenta el número de complicaciones.^{1,4,17}

Vale la pena hacer un diagnóstico diferencial del dolor de estos pacientes, porque hasta en el 35% de los casos puede ser ocasionado por colelitiasis, enfermedad ácido péptica, síndrome de intestino irritable, entre otros.¹⁸

Los quistes hepáticos no parasitarios se presentan generalmente con dolor abdominal en hipocondrio derecho, en casos de abdomen agudo la complicación del quiste puede ser hemorragia con ruptura hacia la cavidad abdominal, torsión del pedículo y muy rara vez ictericia e hipertensión portal.^{19,20} Los pilares fundamentales en el diagnóstico se basan en precisar el sitio exacto donde está comprometido el hígado y su relación con las estructuras vasculares y biliares, descartar comunicación con el árbol biliar y obviamente descartar malignidad.²¹

El ultrasonido nos señala si la lesión es quística o si es sólida, además la escanografía nos ayuda a determinar con mayor claridad las características de este tipo de lesiones.^{4,21,22}

Un quiste hepático complejo se define como aquel que presenta paredes engrosadas, proyecciones interpapilares, áreas sólidas y septos en su interior. Este tipo de quiste es neoplásico hasta no demostrar lo contrario.²³

La resonancia magnética está indicada en caso de que se tengan dudas, sobre todo en el diagnóstico diferencial con lesiones tumorales benignas (hemangiomas).¹

Para descartar malignidad, Gigot y colaboradores²³ utilizaron los criterios radiológicos del quiste complejo (pared quística irregular, engrosada, proyecciones intrapapilares intraquísticas) y la citología del líquido aspirado, con mediciones del antígeno carcinoembrionario y el CA 19.9, además usaron biopsias por congelación para descartar específicamente el cistadenoma y el cistadenocarcinoma.

El tratamiento del quiste hepático no parasitario tiene varias alternativas, como es una patología poco frecuente, no existe el número suficiente de pacientes para recomendar una conducta con el suficiente grado de evidencia, la mayoría de los artículos son descriptivos, retrospectivos, y reporte de casos, el manejo dependerá del tipo de quiste y de la experiencia del grupo quirúrgico en especial. Lo más importante es establecer si es un quiste asintomático o sintomático, si es de crecimiento progresivo detectado mediante estudios radiológicos, o si se trata de un quiste complejo entonces la resección quirúrgica es el tratamiento de elección.

La aspiración está indicada en pacientes de alto riesgo, sin embargo el 100% de los casos recurre a los 2 años,²⁴⁻²⁷ También se usa para realizar la toma de citología en caso de que se sospeche una neoplasia, algunos grupos quirúrgicos plantean que de acuerdo con los hallazgos de la punción se hace el manejo definitivo. Si se obtiene pus se realiza una derivación externa, si se obtiene bilis el paciente se somete a una derivación interna y si se aspira un líquido claro entonces se realiza destechamiento del quiste.^{2,3}

Con el advenimiento y desarrollo de la cirugía laparoscópica, se han reportado casos de quistes hepáticos manejados mediante esta técnica,²³ está indicada en los casos de quistes hepáticos simples, superficiales, en los segmentos II, III, VIII y no en quistes profundos ni en la pared posterior del lóbulo hepático derecho, ni en la enfermedad poliquística severa del adulto, ni tampoco en pacientes con antecedentes quirúrgicos previos.^{17,23,28,29}

Presentación del caso

Paciente femenino de 36 años, con antecedente de cesárea en 1999, acude a consulta por presentar dolor abdominal de 5 días de evolución acompañado de vómito de contenido gastrobiliar e intolerancia a colecistoquinéticos, durante su protocolo de estudio se documentó en el abdomen lo siguiente: cicatriz en línea media infraumbilical, blando, depresible y dolor en hipocondrio derecho, así como discreto aumento de volumen, el resto de la exploración no reveló datos de importancia con el padecimiento actual. Se solicitaron exámenes de laboratorio y gabinete (BHC, QS, TP, TPT, plaquetas, EGO, ultrasonido de vesícula, hígado y vías biliares) con los siguientes resultados: HB de 12.2, HTO de 36%, leucocitos de 7,200 x mm³, linfocitos 30%, monocitos 0%, eosinófilos 2%, basófilos 0%, segmentados 63%, bandas 2%, plaquetas 192 mil x mm³, glicemia de 80 mgdL, creatinina de 0.8 mgdL, grupo sanguíneo ARH positivo, TP 10.4 seg, TPT 32.5 seg, examen general de orina normal, ultrasonido con imagen ovalada en lóbulo hepático derecho de características heterogéneas

y paredes bien delimitadas, vesícula y vía biliar normal (*Figura 1*). Se procede a efectuar exploración por vía laparoscópica encontrando una tumoración a nivel de lóbulo hepático derecho adherida a pared abdominal (*Figura 2*) fácilmente disecable, posteriormente se punciona el quiste con salida de material líquido oscuro aproximadamente 200 mL (*Figura 3*), se destechan en su totalidad las paredes del quiste (*Figuras 4 y 5*), el procedimiento se efectúa totalmente por vía laparoscópica, se coloca un drenaje tipo Penrose (*Figura 6*).

La paciente cursa con buena evolución posoperatoria y es egresada a las 48 h del hospital, es manejada con cefotaxima 1 g IV cada 8 h por dos días, soluciones endovenosas y analgésicos convencionales por vía parenteral, tolera vía oral, canaliza gases y evacua a las 24 h, se retira el drenaje tipo

Penrose posterior a su egreso. El reporte de anatomía patológica es: proceso inflamatorio, paredes de quiste hepático negativo a malignidad, serología hidatídica negativa.

La paciente es evaluada 8 días posteriores a su egreso con evolución satisfactoria y mínimas molestias en heridas quirúrgicas.

Técnica

Paciente en decúbito dorsal bajo anestesia general inhalatoria orotraqueal balanceada, se realiza rutina preoperatoria de asepsia y antisepsia de región abdominal, se procede a realizar abordaje umbilical introducción de Veress insuflación con bióxido de carbono con flujo de 2 litros por minuto, neumoperitoneo hasta 12 mmHg de presión



Figura 1. Ultrasonido que revela imagen ovalada en lóbulo hepático derecho.



Figura 3. Punción del quiste.



Figura 2. Localización del quiste vía cirugía endoscópica.



Figura 4. Dissección de pared del quiste.



Figura 5. Destechemiento del quiste en su totalidad.

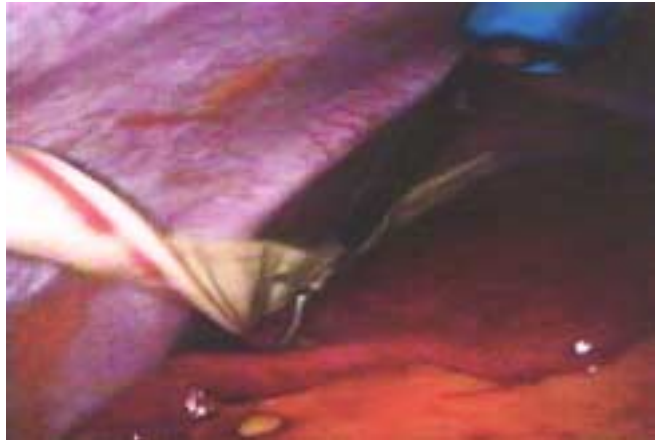


Figura 6. Colocación de drenaje tipo Penrose.

intraabdominal, se coloca primer puerto umbilical e introducción de lente operatorio de 0 grados y diámetro de 10 mm, posteriormente segundo puerto infraxifoideo de 10 mm y tercer puerto de 5 mm lateral derecho subcostal a nivel de línea media clavicular, se lateraliza al lado izquierdo discretamente. El puerto umbilical se utiliza para la lente y los dos restantes son conductos de trabajo, se utilizaron pinzas con tijera de tracción, de disección tipo Maryland, corte con tijera Metzembraum, pinzas de extracción, espátula y gancho de 5 mm para corte y hemostasia, punzón con aspirador de 5 mm.

Mediante maniobras gentiles despegamos en forma roma el peritoneo parietal adherido a la lesión quística hepática, hasta exposición de ésta en su totalidad y posteriormente efectuando punción con aspiración del quiste y acto seguido destechamiento del mismo, se efectúa hemostasia y lavado con solución fisiológica.

Finalizamos el procedimiento en 25 minutos sin complicaciones transoperatorias, retiro de trócares y cierre de puertos en dos planos con poliglactina 910 del 1 y nylon del 3 cerca punto de Sarnoff.

El consumo total de bióxido de carbono fue de 26 litros, la paciente pasó a sala de recuperación en buenas condiciones generales.

DISCUSIÓN

Se revisó en la literatura sobre el drenaje de quiste hepático a través de cirugía de mínima invasión, hasta el año de 1996 se habían reportado un total de 41 casos manejados a través de esta vía.²³ Esto debido considerablemente a que los quistes hepáticos no parasitarios son una entidad rara, poco frecuen-

te, según reportes de series de autopsias su frecuencia es de 1.4 a 1.6 por 1,000 casos y en series clínicas es de 0.009 a 0.93 por 1,000 casos.⁴

Sin lugar a dudas un punto importante para haber efectuado el procedimiento a través de esta vía fue la identificación de la lesión quística en uno de los segmentos hepáticos superficiales (II, III, VIII) y no en sitios profundos y asociados a otras enfermedades.^{17,23,28,29}

Es importante señalar que la gran mayoría de los pacientes portadores de quistes hepáticos, son asintomáticos y sólo menos del 5% presentan síntomas, así mismo cuando el diámetro del quiste excede los 8 cm de diámetro.^{1,4,7}

En el presente caso el diagnóstico fue un hallazgo radiológico, ya que la paciente presentaba sintomatología clínica compatible con una colelitiasis, situación que se presenta en el 35% de los casos.¹⁸

El resolver este problema por cirugía de mínima invasión, reduce de manera importante el índice de complicaciones por las ventajas enormes que ofrece el procedimiento.

Nuestro reporte parte de la identificación de la lesión hepática a través de ultrasonido y la oportuna decisión de efectuar el drenaje del quiste vía cirugía de mínima invasión, evitando así un futuro problema, además mínimas molestias posquirúrgicas con una recuperación posoperatoria inmediata.

Es importante considerar que la cirugía endoscópica ha sido motivo de severos cuestionamientos, sin embargo los resultados hasta ahora obtenidos hablan por sí solos, mejorando notablemente las posibilidades de tratamiento para los pacientes.

El ofrecer el beneficio de la exploración endoscópica sin lugar a dudas otorga al paciente otras alternativas terapéuticas.

CONCLUSIONES

Es indudable que los alcances de la cirugía de mínima invasión crecen día con día, y con ello se otorgan al paciente enormes beneficios.

Por nuestro caso y por lo revisado en la bibliografía, es muy sugerente la disminución de la morbilidad en el tratamiento del quiste hepático mediante acceso laparoscópico, convirtiéndose de esta forma en una excelente alternativa en el abordaje de los quistes hepáticos superficiales.

REFERENCIAS

1. Taylor R, Langer B. Current surgical management of hepatic cyst disease. *Advances in Surg* 1998; 31:127-48.
2. Little JM, Kenny J. Hepatic incidentaloma: a modern problem. *World J Surg* 1990; 14: 448-51.
3. Hadad A, Westbrook. Symptomatic nonparasitic liver cysts. *Am J Surg* 1977; 134: 739-44.
4. Caporale A, Guilani A. Surgical management of nonparasitic cysts of the liver: report 17 cases. *Dig Surg* 1993; 10: 249-53.
5. Anderson R, Jeppson. Alcohol sclerotherapy of nonparasitic cysts of the liver. *Br J Surg* 1989; 76: 254-5.
6. Byrne J, Balasubramanian C. A nonparasitic liver cyst presenting as a Klatsking tumor. *Endoscopy* 1994; 26: 269.
7. Plskin A, Cualing H. Primary squamous cell carcinoma originating in congenital cysts of the liver. *Arch Pathol Lab Med* 1992; 116: 105-7.
8. Devine P, Ucci A. Biliary cystadenocarcinoma arising in a congenital cyst. *Human Pathology* 1985; 12: 92-4.
9. Lynch M, Mcleod M. Squamous cell cancer of the liver arising from a solitary benign nonparasitic hepatic cyst. *Am J Gastroenterol* 1988; 83: 426-31.
10. Bloustein P, Silverbeg S. Squamous cell carcinoma originating in an hepatic cyst. *Cancer* 1976; 38: 2002-5.
11. Poggio JL, Nagorney DM. Surgical treatment of adult primary hepatic sarcoma. *Br J Surg* 2000; 87: 1500-5.
12. Nomura K, Aizawa S. Carcinosarcoma of liver. *Arch Pathol Lab Med* 2000; 124: 888-90.
13. Terada T, Notsumata K. Biliary carcinosarcoma arising in nonparasitic simple cyst of the liver. *Virchows Arch* 1994; 434: 331-3.
14. Leger-Ravet MB, Borgonovo G. Carcinosarcoma of the liver with mesenchymal differentiation: a case report. 1996; 43: 255-9.
15. Fayyazi A, Nolte W. Carcinosarcoma of the liver. *Histopathology* 1998; 32: 385-7.
16. Enzinger F, Weiss S. *Soft tissue tumors*. Mosby; 1995: 1087-93.
17. Krähenbühl L, Baer H. Laparoscopic management of nonparasitic symptom-producing solitary hepatic cysts. *J Am Coll Surg* 1996; 183: 493-8.
18. Morina M, De Giuli M. Laparoscopic management of symptomatic nonparasitic cysts of the liver. *Ann Surg* 1994; 219: 157-66.
19. Madariaga J, Iwatsuki S. Hepatic resection for cystic lesion of the liver. *Ann Surg* 1993; 218: 610-4.
20. Doty J, Tompkins R. Management of cystic disease of the liver. *Surg Clin of Nor Am* 1989; 69: 285-95.
21. Lai E, Wong J. Symptomatic nonparasitic cysts of the liver. *World J Surg* 1990; 14: 452-6.
22. Jenkins R, Johnson L. Surgical approach to benign liver tumors. *Seminars in Liver Disease* 1994; 14: 178-89.
23. Gigot JF, Legrand M. Laparoscopic treatment of nonparasitic liver cysts: adequate selection of patients and surgical technique. *World J of Surg* 1996; 20: 556-61.
24. Bean W, Rodan B. Hepatic cysts: treatment with alcohol. *AJR* 1985; 144: 237-41.
25. Kairaluoma M, Leinonen A. Percutaneous aspiration and alcohol sclerotherapy for symptomatic hepatic cysts. *Ann Surg* 1989; 210: 208-15.
26. Lin T, Chen C. Treatment of nonparasitic cyst disease of the liver: a new approach to therapy with polycystic liver. *Ann Surg* 1968; 168: 921-7.
27. Litwin D, Taylor B. Nonparasitic cysts of the liver: the case for conservative surgical management. *Ann Surg* 1987; 205: 45-8.
28. Calvo P, Garci G. Fenestración por vía laparoscópica en el tratamiento de la enfermedad poliquística del hígado sintomática. *Rev Esp Digest* 1997; 89: 329-31.
29. Fabiani P, Mazza D. Laparoscopic fenestration of symptomatic nonparasitic cysts of the liver. *Br J Surg* 1997; 84: 321-2.

Correspondencia:

Dr. José Antonio Díaz Gil

Av. Nicolás Bravo No. 339 Col. Centro.

C.P. 95400 Cosamaloapan, Veracruz.

Tel.: 012888832417

digamed@hotmail.com

