

Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica

Volumen **6**
Volume

Número **1**
Number




Enero-Marzo **2004**
January-March

Artículo:




Tratamiento laparoscópico de los quistes hepáticos simples

Derechos reservados, Copyright © 2005:
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***



medigraphic.com



Tratamiento laparoscópico de los quistes hepáticos simples

Dr. Eduardo Torices Escalante,* Dra. Leticia Domínguez Camacho,* Dra. Guadalupe Méndez Velázquez,*
Dr. Horacio Olvera Hernández,* Dr. Alejandro Tort Martínez*

Resumen

Introducción: Los quistes hepáticos simples (no parasitarios) presentan una incidencia global del 5%. Comúnmente se localizan en el lóbulo derecho, son diagnosticados de forma incidental durante exámenes radiológicos de rutina. Los quistes sintomáticos son de gran tamaño y están asociados con: dolor, náusea, vómito, plenitud gástrica, hipertensión portal, ictericia obstructiva y ocasionalmente trombosis de la vena porta.

Objetivo: Demostrar la eficacia de la cirugía laparoscópica en su tratamiento.

Material y métodos: Se revisaron los casos tratados de forma laparoscópica durante un periodo de 5 años. Los parámetros revisados incluyen: edad, sexo, sintomatología, estudios radiológicos, complicaciones y recidiva. Se realizó análisis retrospectivo, observacional.

Resultados: Se revisaron 21 pacientes, 15 mujeres (71.5%), 6 hombres (28.5%), con edad promedio de 62 años. Los síntomas más frecuentes fueron dolor en hipocondrio derecho en 15 pacientes (71.5%), 2 reflujo gastroesofágico y dolor (9.5%), 1 con reflujo gastroesofágico (4.75%), 2 con dolor y masa palpable (9.5%), 1 con dolor e ictericia (4.75%). A 18 pacientes se les realizó destechamiento del quiste (85.7%), 3 marsupialización (14.3%), con estancia intrahospitalaria entre 2 - 3 días. Después del tratamiento quirúrgico hubo remisión de los síntomas en 20 pacientes (95.25%), 1 presentó recidiva tratado previamente con destechamiento.

Conclusiones: La técnica laparoscópica es eficaz y segura, ya que en nuestra serie sólo hemos presentado una recidiva, por lo que nosotros creemos que es la técnica de elección para la resolución de esta patología.

Palabras clave: Quiste hepático, destechamiento.

INTRODUCCIÓN

Los quistes hepáticos se clasifican en parasitarios y no parasitarios. Los quistes hepáticos congénitos pueden ser únicos, múltiples (enfermedad multiquística) o distribuirse difusamente en el parénquima hepático (poliquistosis hepática), la cual se transmite de forma autosómica dominante.^{1,15-17}

En 1855, Bristowe reportó por primera vez un caso de enfermedad quística no parasitaria del hígado y lo asoció a la poliquistosis renal. También en ese mismo año, Michel en 1855 registró el primer quiste no parasitario solitario. Hadad y cols.

Abstract

Introduction: The simple non parasitic hepatic cysts have a global incidence of 5%. Commonly they are located in the right lobe, they are diagnosed incidentally during radiological exams of routine. The symptomatic cysts are of great size and they are associated with pain, nausea, vomit, gastric fullness, portal hypertension, obstructive jaundice and occasionally thrombosis of portal vein.

Objective: Demonstrate the effectiveness of the laparoscopic treatment.

Material and methods: We revised the cases of non parasitic hepatic cysts treated by laparoscopic surgery during a period of 5 years. The parameters studied included were: age, sex, symptomatology, radiological studies, complications and recurrence. It was carried out a retrospective observational analysis.

Results: Twenty one patients were treated, 15 women (71.5%) and 6 men (28.5%), with average age of 62 year-old. The most frequent symptoms were pain in right hypochondrium in 15 patients (71.5%), gastroesophageal reflux and pain in 2 (9.5%), gastroesophageal reflux in 1 (4.75%), pain and palpable mass in 2 (9.5%), pain and jaundice in 1 (4.75%). In 18 patients unroofing of the cyst were carried out (85.7%), marsupialization in 3 (14.3%), with 2 to 3 days of intrahospitalary stay. After the surgical treatment there was remission of the symptoms in 20 patients (95.25%), 1 present refilling after the unroofing.

Conclusion: The laparoscopic treatment is effective and safe. In our series we have only one recurrence, so we believe that laparoscopic treatment with unroofing is the best technique for the resolution of this pathology.

Key words: Hepatic cyst, unroofing.

revisaron casi 900 casos, por lo que se comunicó que la incidencia en autopsia es de aproximadamente 0.15 al 0.5%.^{3,8,11,22}

En 1968, Lin y cols. describieron un procedimiento conocido como fenestración,^{5,10,14} el cual ha sido ampliamente utilizado alrededor del mundo con el gran inconveniente de una alta incidencia de recurrencia de la enfermedad en un periodo aproximado de 2 años.

Recientemente se ha introducido en la terapéutica quirúrgica el abordaje con técnicas de mínima invasión con las enormes ventajas que representa para el paciente y la facilidad para su realización. El primer procedimiento quirúrgico laparoscópico fue realizado por Z'graggen en Alemania en 1991,¹¹ posteriormente Fabiani,^{3,8,22} Paterson-Brown y Garden, desde entonces se han realizado con éxito.⁸

* Departamento de Cirugía General y Laparoscópica, Hospital Regional "1º de Octubre" ISSSTE, México, D.F.

Los quistes hepáticos no parasitarios se presentan hasta en el 5% (4 a 7%)^{5,10,13,14} de la población total que presenta uno o más quistes, la incidencia se incrementa de acuerdo a la edad y se presenta más frecuentemente en mujeres entre la 6ª y 7ª décadas de la vida.

Se considera que esta patología se debe al agrandamiento de los conductos aberrantes formados durante el desarrollo embrionario, por lo que se atribuye que la formación de los mismos se debe a la hiperplasia inflamatoria de los conductos o a su obstrucción con retención de líquido.^{4,23-25} El líquido quístico presenta una composición parecida a la del suero, por lo que no es irritante para el peritoneo. Presentan epitelio cuboide, paredes fibrosas y cambios inflamatorios crónicos.^{1,15-17}

Comúnmente se localizan en el lóbulo derecho del hígado en la superficie anteroinferior, en los segmentos IV, V y VI según la clasificación de Couinaud¹⁴ y frecuentemente se diagnostican incidentalmente durante exámenes radiológicos de rutina.

Existe una clasificación desde hace varios años para los quistes hepáticos:

* Clasificación de poliquistosis según Gigot.^{1,15-17}

Tipo I: Quistes de gran tamaño (> 10 cm) y número limitado (< 10).

Tipo II: Quistes de mediano tamaño, distribuidos difusamente por el hígado, con parénquima hepático reconocible entre ellos.

Tipo III: Quistes de pequeño a mediano tamaño, distribuidos masivamente y difusos por el hígado, con mínima porción de parénquima hepático reconocible entre ellos.

* Clasificación de poliquistosis según Morino.⁵

Tipo I: Está caracterizado por un número limitado de quistes que se encuentran predominantemente en la superficie hepática.

Tipo II: Incluyen múltiples quistes pequeños distribuidos en todo el hígado, incluyendo segmentos posteriores.

El diagnóstico se realiza por ultrasonido o por tomografía siendo generalmente un hallazgo incidental. En el ultrasonido los quistes aparecen como lesiones redondeadas u ovaladas, bien delimitadas, anecoicas y con refuerzo posterior (*Figura 1*). En la tomografía las lesiones se observan de densidad acuosa, sin pared y que no captan contraste, en caso de presentar irregularidad, calcificaciones y septos en la pared del quiste, estos cambios pueden sugerir infección y/o neoplasia.^{1,4,15-17,23-25} (*Figura 2*).

La resonancia magnética posee un alto poder resolutivo. En pacientes con ictericia la colangiografía retrógrada endoscópica permite el diagnóstico de comunicación o compresión del quiste con la vía biliar.^{1,15-17}

El ultrasonido Doppler nos ofrece la posibilidad de realizar la diferenciación entre la vena porta, estructuras venosas y de las lesiones quísticas.¹³

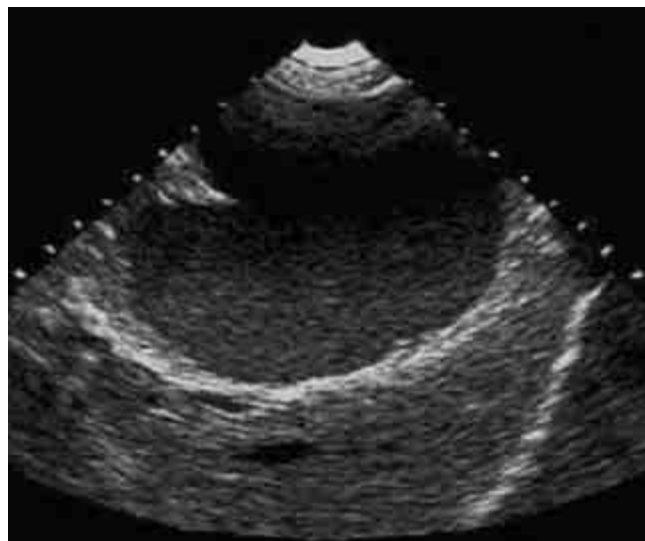


Figura 1. Ultrasonido mostrando gran quiste hepático.



Figura 2. Tomografía axial de abdomen con quiste hepático que abarca casi la totalidad del lóbulo derecho.

El ultrasonido endoscópico es utilizado en pacientes que se encuentran con ictericia o en los que se sospecha compromiso vascular o de estructuras biliares, cuando hay un quiste hepático de gran tamaño o enfermedad poliquística hepática. Además presenta grandes ventajas como la definición precisa de la estructura de la pared del quiste y en particular, identificar la presencia de nódulos en su pared, irregularidades y crecimientos papilares sólidos.¹³

Los quistes hepáticos asintomáticos se presentan aproximadamente en el 90 a 95%,⁵ los quistes sintomáticos son gran-

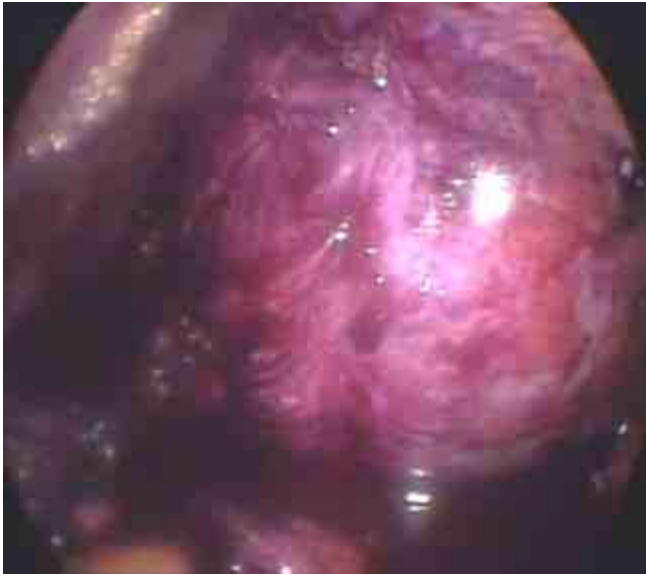


Figura 3. Vista laparoscópica de quiste de gran tamaño.

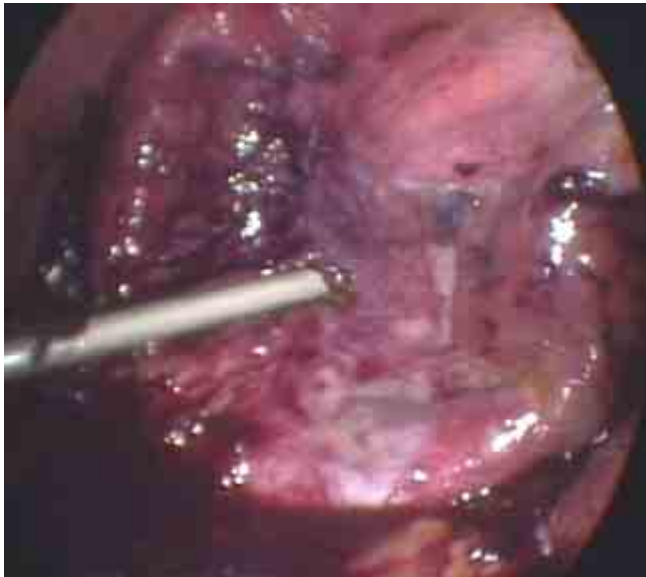


Figura 4. Punción de quiste hepático con extracción de líquido cetrino.

des y se asocian con distensión abdominal con masa palpable, dolor abdominal crónico, náusea, vómito, plenitud gástrica, colangitis, fiebre, disnea, torsión, hemorragia, ruptura, infección,^{4,5,23-25,28} degeneración maligna, la compresión de la vena porta o la obstrucción al flujo de drenaje hepático que pueden dar lugar a hipertensión portal con desarrollo de ascitis y várices esofágicas, encefalopatía, ictericia obstructiva, edema de miembros inferiores y ocasionalmente trombo-

sis venosa portal, lo cual requiere tratamiento quirúrgico.^{1,15-17} Las complicaciones intraquísticas generalmente son hemorragia e infección, las cuales se presentan en menos del 5% de los casos.^{1,15-17}

Los exámenes de laboratorio no suelen revelar alteraciones excepto en las pruebas de función hepática, donde se puede observar una elevación discreta en las TGO (transaminasa glutámico oxalacética) y TGP (transaminasa glutámico pirúvica), además de elevación de la fosfatasa alcalina y de la bilirrubina directa cuando el quiste está realizando obstrucción de la vía biliar.¹¹

Los casos sintomáticos pueden ser tratados por vía invasiva o no invasiva, los quistes solitarios o dominantes son resueltos principalmente por vía percutánea.^{1,15-17}

De los métodos invasivos actualmente se prefiere el laparoscópico con fenestración (*Figura 3*). La cirugía tradicional está indicada generalmente en poliquistosis sintomática con resección hepática en ausencia de quistes dominantes, en otros casos con fenestración o la combinación de ambas.

Se debe establecer claramente el término de recurrencia, ya que ésta se define como los síntomas clínicos que aparecen nuevamente y el “refilling” es utilizado en el contexto de diagnóstico por radiología. En un periodo de seguimiento si hay recurrencia del quiste acompañado por síntomas abdominales se requiere reintervención quirúrgica;⁸ pero si hay recurrencia sin síntomas abdominales, la reintervención no se considera necesariamente, sólo debe continuarse bajo observación.^{3,8,22} Debe tomarse en cuenta que los pacientes que persisten con los síntomas que indicaron la intervención quirúrgica por quiste simple en ausencia de recurrencia, fueron operados en forma probablemente innecesaria.

Según Gigot et al. reporta que durante el seguimiento el 44% de los pacientes presentan recurrencia del quiste hepático,^{5,8,9,34,35} pero sólo 25% desarrollan recurrencia de los síntomas, lo que no es indicativo de llevarlos nuevamente a cirugía.⁸

Existen múltiples opciones de tratamiento médico y quirúrgico, por ejemplo:

1. Tratamiento percutáneo:

Se realiza bajo control por ultrasonido o tomografía. Consiste en la punción y aspiración del contenido del quiste, seguido por la inyección de un agente esclerosante dirigido a la ablación del epitelio secretor.^{1,15-17}

Los agentes esclerosantes más utilizados son el alcohol absoluto estéril, el cual ha demostrado mejores resultados y menos efectos secundarios. La tetraciclina, el formaldehído, pantopaque,^{4,7,10,23-25,31-34} hidrocloreto de minociclina, deben considerarse como una alternativa en pacientes con problemas para el uso de alcohol.¹² Las contraindicaciones son alteraciones marcadas de la coagulación y la comunicación del quiste con el árbol biliar,

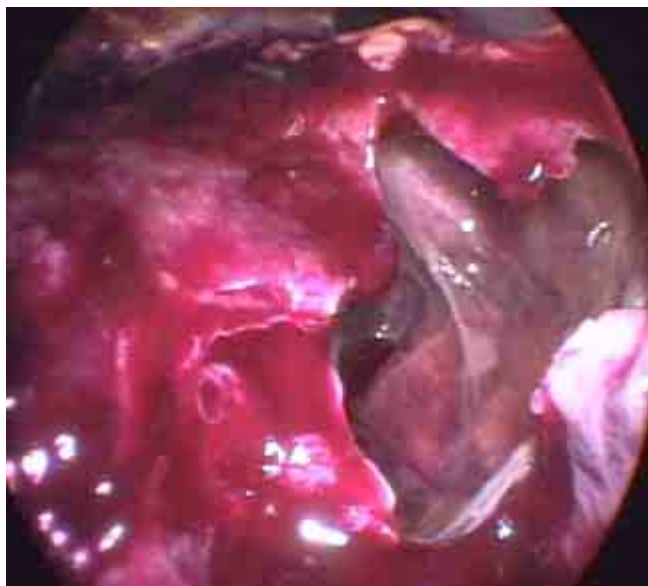


Figura 5. Fenestración de la pared externa del quiste.

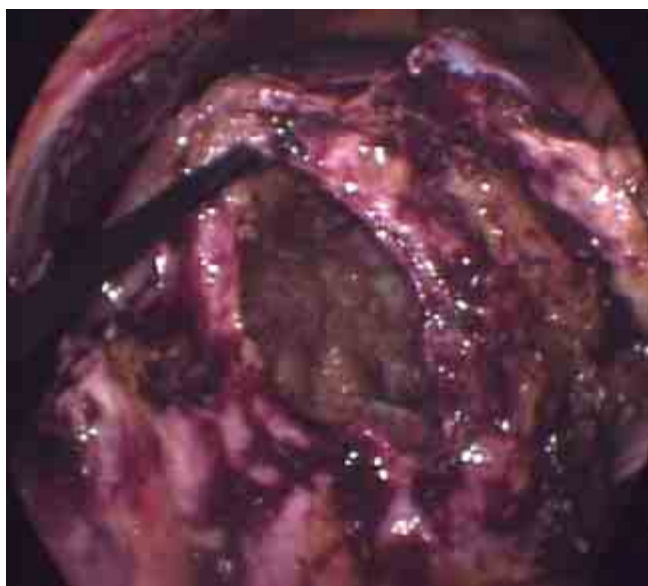


Figura 6. Destechamiento de la pared del quiste.

además si no es detectada una comunicación al árbol biliar y se esclerosa, se produce una colangitis.^{1,15-17} Presenta alta efectividad, con desaparición o disminución importante de los quistes, con mejoría sintomática en el 80 a 100% de los casos, la recidiva es infrecuente aunque se ha llegado a reportar hasta del 60%. La complicación más frecuente es el dolor durante la instila-

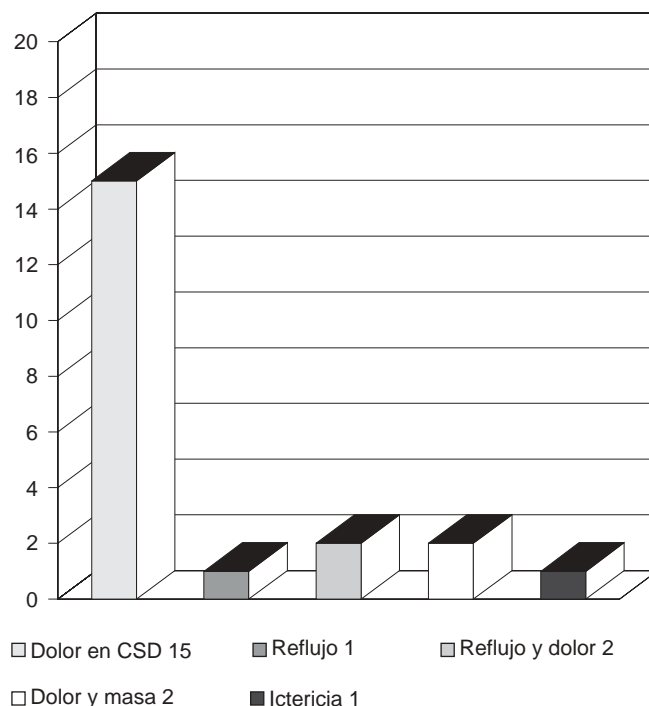


Figura 7. Sintomatología.

ción del alcohol, por lo que generalmente se utiliza la administración de un anestésico intraquístico.

2. Resección hepática:

Los quistes hepáticos congénitos son una indicación infrecuente de resección hepática, la técnica consigue la desaparición o mejoría en todos los casos, pero en pacientes con poliquistosis la recidiva es la norma.^{1,15-27} Está indicada cuando se ha tenido recurrencia sintomática, sospecha de malignidad o lesiones que estén en continuidad con un tumor maligno, sin embargo la morbilidad es mayor.

Los resultados de resecciones hepáticas en manos expertas son casi tan buenos como aquéllos obtenidos con técnicas menos invasivas.

3. Marsupialización con o sin colocación de un segmento de epiplón mayor en la cavidad del quiste:

Se coloca sutura de los bordes de la cavidad a la pared abdominal anterior y se colocan varios drenajes al interior de la cavidad abierto o cerrado. Se usa epiplón para llenar la cavidad residual y se sutura a los bordes de la cavidad residual, el pedículo vascular absorbe la exudación. El epiplón mayor puede ser fácilmente movilizizado laparoscópicamente y parte del colon transverso, el cual es llevado hasta el lugar del quiste y suturado. Se utiliza para aliviar los síntomas, pero también se asocia con una alta recurrencia.^{6,11,26-33}

4. Fenestración quirúrgica:

Está indicada cuando la resección de todos los quistes es imposible o si la resección amplia entraña un riesgo de deterioro en la función hepática. Ésta se logra resecando la superficie del quiste que protruye, dejando expuesta la superficie interna hacia la cavidad abdominal. Los quistes profundos son drenados a través de la superficie expuesta del quiste abierto y comunicados a la superficie, provocando un colapso progresivo de los quistes drenados con la disminución del tamaño hepático y desaparición o mejoría de la sintomatología. Se obtienen mejores resultados en pacientes con poliquistosis tipo II de Gigot, cuando aún se encuentran áreas de parénquima hepático reconocible entre los quistes.^{1,15-17}

5. Fenestración laparoscópica:

Está indicada en los quistes de gran tamaño (> 10 cm), solitarios o en número menor de 10 o en poliquistosis tipo I de Gigot. Es de alta efectividad, sin mortalidad y con baja morbilidad, lo cual ha mostrado una gran ventaja entre la fenestración por laparotomía, con menos tiempo para la recuperación posoperatoria (*Figuras 4 y 5*).

Se ha utilizado esta técnica en pacientes con quistes localizados en los segmentos anteriores del hígado y/o en lóbulo hepático izquierdo. No es de gran ayuda en pacientes que presentan quistes en los segmentos posteriores del lóbulo derecho (segmentos VI y VII), o los que se encuentran muy profundos en el parénquima hepático.^{1,15-17}

6. Resección más fenestración laparoscópica:

Asocia la resección de los segmentos con mayor número de quistes con la fenestración de los residuales, evitándose así las grandes resecciones. Su principal indicación es la poliquistosis sintomática sin quistes dominantes, presentando una efectividad elevada, con una mortalidad la cual alcanza apenas el 3 a 5%, siendo la ascitis y el derrame pleural las complicaciones más frecuentes.^{1,15-17}

7. Destechamiento laparoscópico:

La técnica de destechamiento consiste en la fenestración acompañada de drenaje del contenido quístico dentro de la cavidad peritoneal por la excisión de una parte de la pared del quiste. Este procedimiento produce una descompresión efectiva y se conserva la función del tejido hepático (*Figura 6*).

Consiste en la introducción de 2 puertos de 10 mm. Uno ubicado en la cicatriz umbilical y otro en la porción superior del abdomen sobre la línea media, debajo del apéndice xifoides; adicionalmente se manejó otro puerto de 5 mm en el cuadrante superior derecho.

El equipo quirúrgico se coloca de forma tradicional americana. Se procede a realizar revisión de la cavidad abdominal, se identifica el sitio del quiste y se procede

a puncionar el mismo, con evacuación del contenido por aspiración.

Se efectúa una disección amplia de su pared en la superficie del hígado, con corte y electrocoagulación, se revisa hemostasia de los bordes del quiste, se realiza electrocoagulación de la cara interna de la pared del quiste, lo más extensa posible y finalmente se colocan drenajes en el lecho de la cavidad del quiste, los cuales se exteriorizan por el orificio del cuadrante superior derecho.

Posterior al tratamiento quirúrgico se realiza tomografía de control, las cuales se muestran en seguida de forma comparativa.³²

8. Destechamiento laparoscópico utilizando coagulador de argón:

El método de destechamiento utilizando coagulador de argón, al parecer es el método en la actualidad ideal para evitar la recurrencia de quistes hepáticos.

Se ha utilizado el argón para realizar la destrucción del epitelio secretor en la cavidad quística residual con el inconveniente que es de fácil aplicación por la técnica laparoscópica. Desafortunadamente se ha observado que aumenta el riesgo de embolia gaseosa.¹⁴

9. Cistoyeyunostomía:

Ésta se realiza con procedimiento en Y de Roux como drenaje interno, con el inconveniente de presentar infecciones ascendentes. Se puede realizar el drenaje del contenido del quiste, con o sin excisión parcial de la pared, lo cual es inadecuado en presencia de lesiones malignas.^{6,26-30}

10. Trasplante hepático:

Es poco frecuente su realización y son candidatos los que presenten alguna de las siguientes indicaciones, como poliquistosis en las que sean malos candidatos para otros procedimientos terapéuticos o que han fallado y presentan síntomas graves e incapacitantes como el dolor incontrolable, caquexia y fatiga extrema en pacientes que se encuentren con insuficiencia hepatocelular.^{1,15-17}

OBJETIVOS

1. Reportar la experiencia que se tiene en el Hospital Regional "1° de Octubre" del ISSSTE en el tratamiento laparoscópico del quiste hepático simple.
2. Reportar el seguimiento de los pacientes de acuerdo a la técnica laparoscópica empleada.
3. Analizar los resultados a corto y largo plazo entre las diferentes técnicas, así como definir las indicaciones para cada una de ellas.
4. Demostrar que tenemos prácticamente nula recurrencia y hasta el momento no se ha presentado mortalidad en dichos procedimientos.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se revisaron y analizaron todos los pacientes de ambos sexos y de todos los grupos de edad con diagnóstico de quiste hepático no parasitario, en el Servicio de Cirugía General del Hospital Regional "1° de Octubre" del ISSSTE en el periodo de enero de 2000 a diciembre de 2004, los cuales se analizaron de forma retrospectiva, que se trataron con destechamiento y marsupialización laparoscópica como procedimientos en todos los pacientes. No se incluyeron a pacientes operados en otro hospital. Las variables a estudiar fueron: sintomatología (*Figura 7*), estudios de laboratorio y gabinete, enfermedades asociadas, procedimiento quirúrgico, hallazgos transoperatorios, estancia intrahospitalaria, complicaciones posoperatorias y recidiva. Se analizaron de forma comparativa las dos diferentes técnicas laparoscópicas utilizadas en este hospital para comparar su efectividad a corto y largo plazo.

Se excluyeron los pacientes asintomáticos, con quistes pequeños los cuales sólo se manejaban de forma conservadora, quistes rotos, enfermedad hidatídica, cistadenoma benigno o cistadenocarcinoma, abscesos hepáticos y pacientes a los cuales se les realizó cirugía abierta.

A todos los pacientes se les realizaron exámenes de laboratorio de rutina y pruebas de función hepática. Se realizaron ultrasonido de hígado y vías biliares, tomografía abdominal en el preoperatorio y posteriormente para el seguimiento.

Reunidos todos los datos, se realizó el análisis estadístico univariado mediante las medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas en series simples de valores (moda, mediana, promedio). Diseño y tipo de estudio: Observacional, retrospectivo.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Durante el periodo revisado se incluyeron 21 pacientes en el estudio, 15 mujeres (71.5%), 6 hombres (28.5%), con una mayor incidencia en la 7ª década de la vida, con una edad promedio de 62 años. Los síntomas que más frecuentemente se presentaron fueron dolor en el cuadrante superior derecho en 15 pacientes (71.5%), 2 pacientes con reflujo gastroesofágico y dolor (9.5%), 1 con reflujo gastroesofágico (4.75%), 2 paciente con dolor y masa palpable (9.5%), 1 con dolor e ictericia (4.75%). Ninguno presentó datos de irritación peritoneal o ataque al estado general.

No se encontraron alteraciones en biometría hemática, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático, tiempos de coagulación, prácticamente los laboratorios se encontraron normales, excepto en una paciente, la cual se encontró con aumento de las bilirrubinas a base de patrón obstructivo e hiperamilasemia que inicialmente se ingresó por pancreatitis de origen biliar.

Todos los pacientes contaban con ultrasonido y tomografía los cuales evidenciaban una imagen bien delimitada, anecoica, redondeada, compatible con quiste hepático.

Se presentaron 13 quistes (62%) en el lóbulo derecho, 5 (23.8%) en el lóbulo izquierdo y 3 pacientes lo presentaron de forma bilateral (14.2%), el tamaño del quiste varió entre 8 y 15 cm, con promedio de 12 cm del quiste sintomático. Ningún paciente presentó datos de infección y microscópicamente todos los pacientes presentaron enfermedad benigna.

Dieciocho pacientes fueron tratados con destechamiento del quiste (85.7%) y 3 se marsupializaron (14.3%). A 7 pacientes (33.33%) se les realizó colecistectomía, ya que la pared de la vesícula formaba parte de la pared del quiste o se encontraba firmemente adherida al mismo y a 2 se les realizó funduplicatura (9.5%). La estancia intrahospitalaria fue de 2 a 3 días en promedio.

El seguimiento mayor hasta el momento ha sido de 3 años, sólo contamos con un caso de recurrencia el cual continúa siendo visto en la consulta externa. Todos los pacientes han sido evaluados con ultrasonido hepático de control.

Después del tratamiento quirúrgico se presentó remisión de los síntomas en 20 pacientes (95.25%), 1 paciente presentó evidencia de quiste en los estudios radiológicos de control sin datos de sintomatología (refilling positivo) 4.75%, el cual se había manejado previamente con destechamiento.

No se observaron complicaciones y la mortalidad fue de 0%.

DISCUSIÓN

El quiste hepático no parasitario es una entidad poco frecuente a nivel mundial,¹¹ en nuestro hospital hemos visto una alta incidencia de esta patología en comparación con estudios previos reportados en la literatura mundial, los cuales reportan una incidencia menor en un periodo de tiempo similar o mayor que en nuestra revisión.

Muchos pacientes permanecen asintomáticos, por lo que sólo están bajo control ultrasonográfico seriado. En ocasiones el quiste aumenta de tamaño y comprime la vía biliar u órganos subyacentes presentando sintomatología como plenitud posprandial, dolor, náusea y vómito, además en algunos casos que al comprimir la vía biliar se presenta ictericia obstructiva lo que indica al cirujano la necesidad de realización de cirugía.^{8,29}

El manejo laparoscópico de los quistes hepáticos es seguro, aunque se debe tomar en cuenta que puede haber complicaciones como lesión de vasos sanguíneos la cual puede ser grave por lo que se debe de considerar la conversión, antes de presentar lesión de un vaso de mayor tamaño el cual puede hasta causar la muerte por sangrado abundante.

La lesión de un conducto biliar la cual nos puede establecer una fístula biliar interna, necesariamente se tiene que re-

parar o en caso de que se tenga duda de haber tenido una lesión de vía biliar se debe contar con los medios para la realización de una colangiografía transoperatoria para evidenciar el sitio de la lesión, realizar la reparación pertinente y colocación de sonda en T para descomprimir la vía biliar y derivarla, favoreciendo su cicatrización.¹¹

Se debe de tomar en cuenta el contenido drenado del quiste, ya que en caso de presentar salida de material turbio o fétido, se debe de cubrir con antibiótico al paciente, además de dejar siempre un drenaje ya sea blando o rígido para mantener una canalización y permitir la salida de algún remanente de contenido, evitando su acumulación con altas probabilidades de formación de un absceso residual.¹¹

La intervención abierta en quistes no parasitarios se debe reservar para lesiones de localización profunda que no son visualizadas por laparoscopia como en las localizadas en los segmentos posteriores del hígado y para pacientes con cirugía abdominal previa con adherencias firmes o recurrencia sintomática de los quistes.

La resección hepática ofrece mejor resultado en casos de recurrencia, sin embargo el tiempo quirúrgico, la pérdida sanguínea y el riesgo de complicaciones mayores limita este procedimiento y generalmente se reserva para los pacientes que presenten un quiste sospechoso de transformación maligna.^{1,4,6,15-17,23-26}

En nuestro estudio, contamos con una paciente que ingresó por el servicio de urgencias con ictericia con patrón obstructivo e hiperamilasemia, con TAC con datos de pancreatitis Balthazar B, la cual presentó una pancreatitis de origen biliar, se le intervino por colelitiasis y fue encontrado un quiste de 8 cm en el segmento VI, por lo que la ictericia no fue debida al quiste sino a la pancreatitis biliar que presentaba.

La estancia intrahospitalaria en pacientes que sólo se les realizó el destechamiento o marsupialización del quiste fue de 1 a 2 días y a los pacientes que se les realizó otro procedimiento el promedio fue de 5 a 6 días.

CONCLUSIONES

En este estudio realizado en un hospital de tercer nivel del ISSSTE, en donde la población captada son servidores públicos y sus familiares, es de destacar que una proporción de los pacientes ya cuentan con una valoración e incluso un tratamiento previo de una patología equivocada antes de tener el primer contacto con nosotros, ya sea en medio particular y en clínicas de primer o segundo nivel de la misma institu-

ción, por lo que el diagnóstico temprano y el manejo quirúrgico adecuado, continúa siendo uno de los problemas más desafiantes para el cirujano.

En nuestro hospital se realizan entre 300 y 400 procedimientos laparoscópicos al año, aproximadamente en el tiempo en que se delimitó el estudio se realizaron 1,925 procedimientos laparoscópicos, de los cuales sólo 21 se incluyeron en nuestro estudio, lo que demuestra que esta patología aunque se presenta en el 5% de la población en general, sólo un porcentaje muy bajo presenta síntomas graves para ser necesaria su intervención quirúrgica, también se ha observado que en este hospital tenemos 21 casos en un periodo relativamente corto de tiempo (cinco años) probablemente por ser un hospital de concentración, existiendo reportes a nivel internacional con el mismo número de pacientes en un periodo de 10 años, por lo que estamos obligados a saber detectarlos y tener la capacidad de realizar las diferentes técnicas quirúrgicas que son útiles en la misma.

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.^{2,18-21}

Debe mencionarse que la experiencia de los cirujanos laparoscopistas en este hospital es grande, lo que también contribuye a que prácticamente no se presenten complicaciones.

Algunos inconvenientes para la cirugía de mínima invasión son algunas lesiones de localización profunda, las cuales no pueden ser localizadas por vía laparoscópica y pacientes que han presentado otras cirugías abdominales, que pueden presentar adherencias firmes impidiendo la adecuada visualización y resección de los quistes bajo esta vía, por lo que deben ser valorados adecuadamente los pacientes quienes sean candidatos ideales para realizar la resección bajo esta vía.

Los resultados de esta serie han sido tan buenos como los reportados en la literatura internacional, con una adecuada recuperación, con bajo índice de complicaciones y mínima recurrencia, en comparación con la literatura mundial, por lo que estamos en el mismo nivel que las instituciones más reconocidas en el mundo en el manejo de esta patología.

REFERENCIAS

1. Zozaya JM, Rodríguez C, Azñárez R. Tratamiento de las enfermedades hepáticas y biliares. Quistes hepáticos no parasitarios. 2ª Ed. Ed. AEEH Madrid, Esp. 2000: 333-340.
2. Giuliani F, D'Acapito F, Vellone M, Giovannini I, Nuzzo G. Risk for laparoscopic fenestration of liver cysts. *Surg Endosc* 2003; 17: 1735-1738.

3. Zacheri 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.
4. Sánchez H, Gagner M, Rossi R, Roger L. Surgical management of nonparasitic cystic liver disease. *Am J Surg* 1991; 161: 113-118.
5. Fiamingo P, Tedeschi U, Veroux M, Cillo U. Laparoscopic treatment of simple hepatic cysts and polycystic liver disease. *Surg Endosc* 2003; 17: 623-626.
6. Tocchi A, Mazzoni G, Costa G, Cassini D. Symptomatic nonparasitic hepatic cysts, options for and results of surgical management. *Arch Surg* 2002; 137: 154-158.
7. Klingler P, Gadenstätter M, Schmid T, Bodner E, Schwelberger H. Treatment of hepatic cysts in the era of laparoscopic surgery. *Br J Surg* 1997; 84: 438-444.
8. Tagaya N, Nemoto T, Kubota K. Long-term results of laparoscopic unroofing of symptomatic solitary nonparasitic hepatic cysts. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2003; 13: 76-79.
9. Mondragón SR, Mondragón SA, Gómez E, Garduño L, Bernal M. Manejo de la enfermedad quística y poliquística de hígado. ¿Quién es el candidato ideal para el abordaje laparoscópico? *Rev Mex Cir Endosc* 2002; 3: 29-33.
10. Hernández CE, Mondragón SR, Mondragón SA, Gómez GE. Hipertensión arterial como manifestación clínica de quiste no parasitario de hígado. *Rev Gastroenterol Mex* 2003; 68: 126-128.
11. Roesch DF, Pérez MA, Díaz BF, Martínez FS. Tratamiento quirúrgico laparoscópico del quiste hepático no parasitario. *Rev Gastroenterol Mex* 1999; 64: 56-59.
12. Nelson J, Davidson D, McKittrick J. Simple surgical treatment of nonparasitic hepatic cysts. *Am Surg* 1992; 58: 755-757.
13. Schachter P, Sorin V, Avni Y, Shimonov M, Friedman V. The role of laparoscopic ultrasound in the minimally invasive management of symptomatic hepatic cysts. *Surg Endosc* 2001; 15: 364-367.
14. Kwon HA, Matsui Y, Inui H, Imamura A, Kamiyama Y. Laparoscopic treatment using an argon beam coagulator for nonparasitic liver cysts. *Am J Surg* 2003; 185: 273-277.
15. Farges O, Bismuth H. Fenestration in the management of polycystic liver disease. *World J Surg* 1995; 19: 25-30.
16. Gigot JF, Jadoul P. Adult polycystic liver disease: is fenestration the most adequate operation for long-term management? *Ann Surg* 1997; 225: 286-294.
17. Morino M, De Giuli M, Festa V et al. Laparoscopic management of symptomatic nonparasitic cyst of the liver indications and results. *Ann Surg* 1994; 219: 157-164.
18. Fabiani P, Mazza D, Toouli J, Bartels AM. Laparoscopic fenestration of symptomatic nonparasitic cyst of the liver. *Br J Surg* 1997; 84: 321-322.
19. Katkhouda N, Hurwitz M, Gugenheim J, Mavor E, Mason RJ. Laparoscopic management of benign solid and cystic lesions of the liver. *Ann Surg* 1999; 229: 460-466.
20. Krahenbuhl L, Baer Hu, Renzulli P, Z'graggen K, Frei E, Buchler M. Laparoscopic management of nonparasitic symptom producing solitary hepatic cysts. *J Am Coll Surg* 1996; 183: 493-498.
21. Lin TY, Chen CC, Wang SM. Treatment of nonparasitic cystic disease of the liver: a new approach to therapy with polycystic liver. *Ann Surg* 1968; 168: 921-927.
22. Gigot JF, Legrand M, Hubens G, de Canniere L, Wubin E, Deweer F. Laparoscopic treatment of nonparasitic liver cysts: adequate selection of patients and surgical technique. *World J Surg* 1996; 20: 556-561.
23. Saini S, Mueller PR, Ferrucci JT, Simeone JF, Wittenberg J. Percutaneous aspiration of hepatic cysts does not provide definitive therapy. *AJR Am J Roentgenol* 1983; 141: 559-560.
24. Goldstein HM, Carlyle DR, Nelson RS. Treatment of symptomatic hepatic cyst by percutaneous instillation of Pantopaque. *AJR Am J Roentgenol* 1976; 127: 850-853.
25. Armitage NC, Blumgart LH. Partial resection and fenestration in the treatment of polycystic liver disease. *Br J Surg* 1984; 71: 242-244.
26. Gaines PA, Samson MA. The prevalence and characterization of simple hepatic cysts by ultrasound examination. *Br J Radiol* 1989; 62: 335-337.
27. Madariaga JR, Iwatsuky S, Starzl TE, Todo S, Selby R, Zetti G. Hepatic resection for cystic lesions of the liver. *Ann Surg* 1993; 218: 610-614.
28. Cowles RA, Mulholland MW. Solitary hepatic cysts. *J Am Coll Surg* 2000; 191: 311-321.
29. Cappell MS. Obstructive jaundice from benign, nonparasitic hepatic cysts: identification of risk factors and percutaneous aspiration for diagnosis and treatment. *Am J Gastroenterol* 1988; 83: 93-96.
30. Emmermann A, Zornig C, Lloyd DM. Laparoscopic treatment of nonparasitic cysts of the liver with omental transposition flap. *Surg Endosc* 1997; 11: 734-736.
31. Marvik R, Myrvold HE, Johnsen G, Roysland P. Laparoscopic ultrasonography and treatment of hepatic cysts. *Surg Laparosc Endosc* 1993; 3: 172-174.
32. Klotz HP, Schlumpf R, Weder W, Largiader F. Minimal invasive surgery for treatment of enlarged symptomatic liver cysts. *Surg Laparosc Endosc* 1993; 3: 351-353.
33. Ooi LLPJ, Cheong LH, Mack POP. Laparoscopic marsupialization of liver cysts. *Aust N Z J Surg* 1994; 64: 262-263.
34. Hadad AR, Westbrook KC, Graham GG, Morris WD, Campbell GS. Symptomatic nonparasitic liver cysts. *Am J Surg* 1977; 179: 922.
35. Martin IJ, McKinley AJ, Currie JE, Holmes P, Garden J. Tailoring the management of nonparasitic liver cysts. *Ann Surg* 1998; 228: 167-172.

Correspondencia:

Dr. Eduardo Torices Escalante

Departamento de Cirugía General
Hospital Regional "1º de Octubre"
Avenida IPN 1669 Col. Lindavista,
Delegación Gustavo A. Madero,
México, D.F. C.P. 07060
Teléfono: 55 86 60 11 ext. 256
E-mail: eduardotorices@prodigy.net.mx