



Manejo laparoscópico de un quiste hepático gigante. Informe de un caso

Néstor Álvarez-González,* Samuel Kleinfinger Marcuschamer,* Gregorio Blanco Paz,* Francisco J Galindo González,* Fernando Fuentes Martínez*

Resumen

Introducción: Desde 1854 se ha hablado sobre la presencia de quistes hepáticos, sin embargo hasta la fecha se considera una entidad poco frecuente o subdiagnosticada, generalmente el diagnóstico es como hallazgo imagenológico y por lo tanto el tratamiento ha sido muy controvertido. **Paciente y métodos:** Paciente masculino de 76 años de edad el cual se manifiesta con dolor abdominal en cuadrante superior izquierdo, transfictivo, distensión abdominal, sensación de plenitud postprandial y fiebre, mal estado general, palidez de tegumentos +, abdomen globoso palpándose tumoración la mayor parte de abdomen superior, doloroso a la palpación, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis disminuida. Estudios de gabinete como ultrasonido y tomografía concluyen con quiste hepático gigante. Por lo que se somete a laparoscopia encontrando tumoración hepática quística irregular en donde se obtuvo 2,700 cc de material seropurulento, se resolvió de forma satisfactoria sin complicaciones. **Conclusiones:** El tratamiento para esta entidad aún no está bien establecido, la cirugía laparoscópica ha traído buenos resultados para la resolución de los quistes hepáticos, sin embargo también se han presentado dificultades técnicas principalmente en quistes de segmentos posteriores o profundos.

Palabras clave: Quiste hepático, laparoscopia.

Abstract

Introduction: Liver cysts are known since 1854, however until now they are considered infrequent or underdiagnosed entities, usually the diagnosis is as radiological findings and therefore treatment has been highly controversial. **Patient and methods:** 76 years old male patient who presents with transfective abdominal pain in upper left quadrant, abdominal distention, fever and malaise with a palpable tumor in most of the upper abdomen, which is painful, with no evidence of peritoneal irritation and decreased peristalsis. Ultrasound and CT revealed a giant hepatic cyst. Laparoscopy was performed finding irregular cystic liver tumor aspirating 2,700 mL of seropurulent material, there where no complications. **Conclusions:** The treatment for this entity is not yet well established, laparoscopic surgery has brought good results for the resolution of hepatic cysts, however, there have been technical difficulties principally in cysts located in deep or posterior segments.

Key words: Liver cyst, laparoscopy.

INTRODUCCIÓN

Los quistes hepáticos no parasitarios son una entidad rara que se presentan en el 4 a 5% de la población general, aunque hay reportes que pueden presentarse hasta en el

7% de la población adulta,¹⁻³ son formaciones de contenido seroso rodeadas de un parénquima hepático normal sin comunicación con la vía biliar,² la etiología puede ser adquirida o congénita. Los quistes adquiridos son muy raros y pueden ser consecuencia de patologías neoplásicas, traumáticas o inflamatorias, los quistes congénitos son más comunes y son derivados de alteraciones en la diferenciación y organización del árbol biliar caracterizada por hiperplasia, oclusión o dilatación del árbol biliar con degeneración quística de conductos aberrantes pequeños intrahepáticos.⁴⁻⁷ Los quistes hepáticos pueden presentarse simples o múltiples, generalmente están revestidos de un epitelio cuboide o columnar similar al de la vía biliar y raramente el epitelio es escamoso, cuando llega a presentar

* Hospital Santa Mónica.

Correspondencia:

Dr. Nestor Álvarez González

Temístocles Núm. 210, Planta baja,

Col. Polanco, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F.

Tel: 55457805 Fax: 55457805

E-mail: nesalmd@hotmail.com

estas características puede complicarse con carcinoma de células escamosas.^{5,6}

Se presentan con mayor frecuencia en las mujeres en la quinta década de la vida y en su mayoría son asintomáticos y no requieren tratamiento,^{4,6,8} reservando el tratamiento para los sintomáticos, que causen complicaciones o bien los de crecimiento acelerado.⁶

Con el presente trabajo nos disponemos a presentarles el caso de un paciente con quiste hepático gigante resuelto por cirugía de mínima invasión.

PACIENTE Y MÉTODOS

Masculino de 76 años de edad, originario del Distrito Federal, el cual inicia su padecimiento 8 días previos a su ingreso con dolor abdominal en cuadrante superior izquierdo, transfictivo, intenso, se acompaña de distensión abdominal, sensación de plenitud postprandial y fiebre motivo por el cual se ingresa a hospitalización.

A la exploración física se encuentra paciente en mal estado general, febril, con palidez de tegumentos +, cardiopulmonar sin compromisos aparentes y el abdomen globoso por distensión leve y en el cual se palpa tumoración en epigastrio, hipocondrio izquierdo extendiéndose a lado derecho, flanco derecho y mesogastrio, doloroso a la palpación, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis disminuida.

Se inicia protocolo de estudio, se solicitan exámenes de laboratorio los cuales reportan una biometría hemática con hemoglobina de 13.2 mg/dL, hematócrito 37.7%, leucocitos

14,600/mL, neutrófilos 79%, linfocitos 13% y bandas 1%. Química sanguínea con glucosa de 112 mg/dL, urea 23 mg/dL, creatinina 0.7 mg/dL, pruebas de funcionamiento hepático con bilirrubinas totales de 1.1 u/L, directa de 0.6 u/L e indirecta de 0.5 u/L, fosfatasa alcalina de 209 u/L, gamma-glutamiltanspeptidasa 221 u/L, amilasa y lipasa normales.

Se le solicita ultrasonografía de hígado y vías biliares el cual reporta lesión quística en la totalidad del lóbulo izquierdo con invasión al derecho reemplazando al parénquima hepático con dimensiones de 17 x 13 x 16 cm, calculando un volumen de 1,909 cc y material ecogénico en su interior, resto normal. Vesícula con múltiples litos en su interior (*Figura 1*).

La tomografía axial computada de abdomen confirmó los datos de enfermedad poliquística hepática y quiste hepático gigante (*Figura 2*).

Se realizó laparoscopia encontrando aumento de volumen en hígado secundario a tumoración quística regular en toda la superficie hepática (*Figura 3*) se procede a punción (*Figura 4*), comunicación de septos y destechamiento, se obtiene 2,700 cc de material seropurulento (*Figuras 5 y 6*), y se deja drenaje cerrado a succión (*Figura 7*) se resolvió de forma satisfactoria sin complicaciones.

Se egresa paciente por mejoría con seguimiento por la consulta externa con buena evolución.

DISCUSIÓN

Los quistes hepáticos pueden ser solitarios o múltiples y generalmente se presentan sin alteraciones en las pruebas de fun-

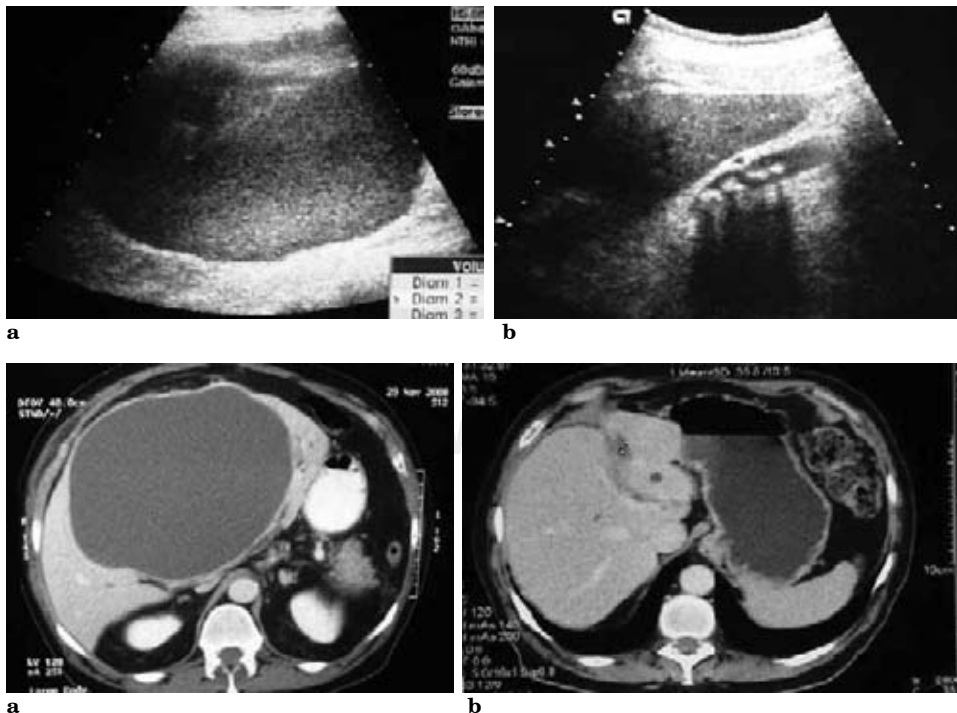


Figura 1. Imagen ultrasonográfica. **1a.** Se aprecia quiste hepático de grandes dimensiones. **1b.** Litiasis vesicular en el mismo paciente.

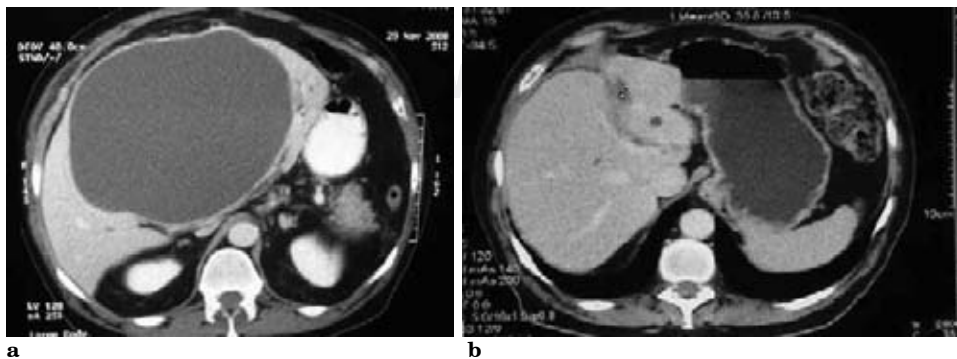


Figura 2. Imagen tomográfica. **2a.** Quiste hepático en lóbulo izquierdo. **2b.** Imágenes quísticas pequeñas agregadas en hígado.

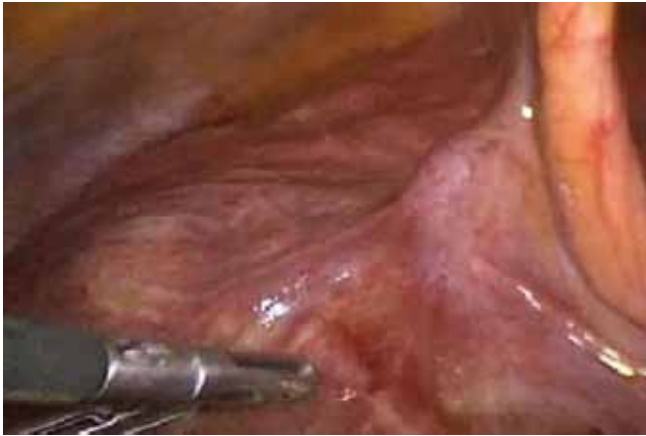


Figura 3. Imagen laparoscópica de superficie hepática.



Figura 5. Comunicación de septos en el interior del quiste, se penetra con lente de laparoscopia.



Figura 4. Punción de quiste hepático, se aprecia líquido de características seropurulento.



Figura 6. Desteckamiento quístico.

ción hepática como en el caso de nuestro paciente,⁸ cuando los quistes son grandes tienen una manifestación muy inespecífica pudiendo cursar más frecuentemente con dolor abdominal, náuseas, vómito, sensación de saciedad.¹ Sin embargo, en su mayoría se presentan de forma asintomática, siendo común que la enfermedad quística hepática se presente como hallazgos ultrasonográficos o tomográficos de extensión.

Un quiste asintomático simple pequeño (menor de 10 cm de diámetro) o enfermedad poliquística hepática no requiere manejo quirúrgico y se debe mantener con seguimientos periódicos por ultrasonido, sólo se someten a intervención aquellos pacientes con quistes sintomáticos, neoplásicos o que originen falla hepática principalmente en la poliquistosis hepática.^{3,9}

Con la cirugía de mínima invasión se han hecho una cantidad de pruebas variables para el manejo de los quistes sea con fenestración o destechamiento con buenos resultados y con los beneficios que estas técnicas conllevan, las complicaciones como los sangrados a lo cual en un principio



Figura 7. Quiste ya destechado y colocación de drenaje cerrado.

era la indicación de conversión de la cirugía a tipo convencional también se ha disminuido con los nuevos equipos de coagulación o el uso de clips.¹⁰

Dentro de otras ventajas que nos ofrece es que pueden visualizarse el interior de los quistes sea para realizar comunicaciones septales, valorar si existen o no comunicaciones biliares o bien, para evidenciar malignidad.^{11,12}

CONCLUSIONES

Los quistes hepáticos simples son entidades patológicas raras que se detectan como hallazgos de estudios de imagenología de un 2 a 7% de la población general, de éstos sólo del 15 a 16% son sintomáticos. Afecta principalmente al sexo femenino en una relación de 4:1 y su prevalencia es en la quinta década de la vida. Dentro de los diagnósticos diferenciales se encuentran los abscesos, quistes hidatídicos, enfermedades poliquísticas, cistoadenomas, cistoadenocarcinomas, hiperplasia nodular difusa, etc.^{2,5,12,13}

En general estos quistes son asintomáticos y de bajo porcentaje que manifiestan síntomas, son muy inespecíficos siendo los más importantes: dolor en hipocondrio derecho, presencia de masa palpable, náuseas, disnea y sensación de plenitud.^{7,11}

Debido a la baja incidencia de esta patología, no se ha establecido un plan de manejo específico, sin embargo se han descrito una gran variedad de procedimientos que pueden ser no quirúrgicos y quirúrgicos, dentro de los no quirúrgicos podemos encontrar la simple aspiración del contenido por punción y la aspiración con aplicación de sustancias esclerosantes como el alcohol que a decir de los autores el alcohol origina una destrucción celular del epitelio de revestimiento seguido de la obliteración fibrosa del quiste, la técnica es vaciar el contenido del quiste y administrar alcohol en una cantidad del 25% correspondiente al contenido drenado, dejándolo alrededor de 10 minutos tiempo en el que el paciente se mantendrá con cambios de

posición para asegurar que el alcohol tenga contacto con toda la pared quística. Se recomienda que la cantidad de alcohol no exceda los 100 mililitros, lo que puede hacer necesario que este procedimiento se repita en 2 o más ciclos principalmente en lesiones de gran tamaño. Es recomendable descartar comunicación biliar u origen neoplásico antes de administrar el agente esclerosante.^{6,11,14,15}

Dentro de las técnicas quirúrgicas para manejo de los quistes también existen procedimientos conservadores como el drenaje externo por medio de cistotomía o bien procedimientos radicales como escisión total del quiste e incluso hasta resección hepática.⁹⁻¹⁵

Dentro de los métodos más simples tenemos al drenaje percutáneo con alta efectividad para alivio de los síntomas pero con altas posibilidades de recidiva además de graves complicaciones, por lo tanto no se recomienda como manejo definitivo.^{11,13,14}

Por largo tiempo el tratamiento quirúrgico convencional de los quistes se enfocó a exéresis, con una alta incidencia de complicaciones, por lo cual se optó por la fenestración o también llamada marsupialización que consiste en drenar el contenido quístico libremente a la cavidad abdominal.¹¹

La cirugía de mínima invasión desde un principio como es su historia, ha traído mucha discusión ante su utilización en pacientes con esta patología por el riesgo de sangrados fatales. En la actualidad, ha demostrado una buena opción terapéutica con las ventajas que ésta tiene, sin embargo también tiene sus limitaciones como la que se presenta en quistes profundos o de segmentos posteriores, por lo tanto se debe tener una muy buena selección de pacientes para garantizar el tratamiento más adecuado y que en muchas ocasiones también va a depender de la habilidad del cirujano laparoscopista.^{1,3,4,6,11}

REFERENCIAS

1. Salemis NS, Georgoulis E, Gourgiotis S, Tsohataridis E. Spontaneous rupture of a giant non parasitic hepatic cyst presenting as an acute surgical abdomen. *Annals of Hepatology* 2007; 6: 190-193.
2. Macho PJ, Gómez PA, Núñez GL, Narvaiza GL, Albéniz A. Quiste hepático simple gigante como causa de disnea en paciente de 93 años. *An Med Interna (Madrid)* 2007; 24: 135-137.
3. Clark GT, Holloway SE, Heckman JT, Geller DA. Laparoscopic resection of benign hepatic cysts: A New Standard. *J Am Coll Surg* 2008; 207: 731-736.
4. Ramírez TD, Zaldivar RFR, Beltrán RTA, López RS, López LJM, Rodríguez BA, Vargas DA. Quiste hepático gigante. Informe de un caso. *Cirujano General* 2001; 23: 182-184.
5. Litwin DEM, Taylor BR, Langer B, Greig P. Nonparasitic cysts of the liver. *Ann Surg* 1987; 205: 45-48.
6. Tocchi A, Mazzoni G, Costa G, Cassini D, Bettelli E, Agostini N, Miccini M. Symptomatic nonparasitic hepatic cysts: Options for and results of surgical management. *Arch Surg* 2002; 137: 154-158.
7. Atmatzidis KS, Pavlidis ThE, Lazaridis ChN, Makris JG, Papaziogas ThV. Surgical management of non-parasitic cystic disease of the liver. A single centers experience. *Annals of Gastroenterology* 2001; 14: 109-111.
8. Soberón Vi, De la Peña AC, Castrillón AO, Fong BA, Gallo CF. Presentación de un caso de quiste hepático simple tratado por cirugía mínima invasiva. *Rev Cubana Cir* 2007; 46.
9. Fiamingo P, Tedeschi U, Veroux M, Cillo U, Brolese A, Da Rold A, Madia C, Zanús G, D'Amico DF. Laparoscopic treatment of simple hepatic cysts and polycystic liver disease. *Surg Endosc* 2003; 17: 623-626.
10. Stambuk MJ, De Aretxabala UX, Lavín GM, Zamarin MJ. Fenestración laparoscópica de quistes hepáticos sintomáticos: Reporte de tres casos. *Rev Chilena de Cirugía* 2008; 60: 548-551.
11. Moorthy K, Mihssin N, Houghton PWJ. The management of simple hepatic cysts: Sclerotherapy or laparoscopic fenestration; *Ann R Coll Surg Engl* 2001; 83: 409-414.

12. Rojas E, Gabriel ML. Quiste hepático gigante. Descripción de un caso. *Vitae Academia Biomedica Digital* 2008; 35. <http://vitae.ucv.ve>
13. Wernet A, Sibert A, Paugam-Burtz C, Geffroy A, Pease S, Belghiti J, Vilgrain V, Mantz J. Ethanol-induced coma after therapeutic ethanol injection of a hepatic cyst. *Anesthesiology* 2008; 108: 328–9.
14. Mazza OM, Fernández DL, Pekolj J, Pfaffen G, Sánchez CR, Molmenti EP, De Santibáñes E. Management of nonparasitic hepatic cysts. *J Am Coll Surg* 2009; 209: 733-9.
15. Furuta T, Yoshida Y, Saku M, Honda H, Muranaka T, Oshiumi Y, Kanematsu T, Sugimachi K. Treatment of symptomatic non-parasitic Liver cysts--surgical treatment versus Alcohol injection therapy. *HPB Surgery* 1990; 2: 269-279.