



## Caso clínico

### CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Vol. 17 Núm. 3 Jul.-Sep. 2016

# Compresión de vía biliar secundaria a quiste hepático

Edgar Vargas Flores,\* Hugo Arroyo Lovera,\* Israel Espino Gaucín,\* José Arturo Velázquez García\*

### Resumen

**Introducción:** La mayoría de las lesiones quísticas de hígado tiene un curso benigno, pocas presentan síntomas y se relacionan de manera excepcional con morbilidad importante o mortalidad. Dentro de las complicaciones se describe la compresión del árbol biliar. **Caso clínico:** Mujer de 27 años que inició el padecimiento en diciembre de 2010 con dolor abdominal compresivo en hipocondrio derecho asociado a náuseas sin vómito y sin ictericia. Exploración física: hepatomegalia de 2 cm debajo de reborde costal con leve hepatalgia a la palpación profunda. Hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina directa. Se realizó ultrasonido abdominal que mostró lesión quística compleja con septos gruesos en su interior, ubicada en el lóbulo hepático derecho del segmento V. La tomografía axial computarizada abdominal reveló lesión hepática que sugiere quiste hidatídico con compresión y desplazamiento parcial de la vía biliar extrahepática. Se realizó laparoscopía, encontrando quiste hepático de aproximadamente 11 cm de diámetro en segmento V y VI con compresión y desplazamiento de la vía biliar extrínseca y se efectuó en el mismo tiempo quirúrgico deroofamiento laparoscópico sin invasión a la vía biliar. **Conclusión:** La compresión extrínseca de la vía biliar por un quiste hepático debe considerarse como una entidad clínica excepcional. En nuestra opinión, el abordaje de esta patología de manera completamente laparoscópica es seguro, rápido y logra excelentes resultados gracias a la ausencia de manipulación de la vía biliar durante este procedimiento.

**Palabras clave:** Quiste hepático, compresión biliar, laparoscopía.

### Abstract

**Introduction:** Most hepatic cystic lesions have a benign course and only a small number of cases unveil with a relevant clinical morbidity or mortality. Biliary tree compression has been described as one of these clinical scenario. **Case report:** twenty seven years old woman that starts in December 2010 with dull abdominal pain located in the upper right quadrant, nausea with no vomiting or jaundice as main complaints. The physical examination shows hepatomegaly 2 cm below the costal margin painful with deep palpation. Direct hyperbilirubinemia and abdominal ultrasound that showed a complex septated hepatic cyst within segment V. Computed tomography showed a hepatic mass suggestive of a hydatid cyst with compression and displacement of the extrahepatic biliary tree. Laparoscopically an 11 cm hepatic cyst was found in segments V and VI and a wide deroofing was performed with no biliary tree involvement. **Conclusions:** Biliary tree compression due to a hepatic cyst must be considered a rare clinical entity. Laparoscopic approach of this hepatic lesions provides safety, quickness and excellent results due to lack of the biliary tree manipulation.

**Key words:** Hepatic cyst, biliary tree compression, laparoscopy.

## INTRODUCCIÓN

Las lesiones quísticas del hígado representan un grupo heterogéneo de desórdenes que difieren en etiología, prevalencia y manifestaciones clínicas. La mayoría de los quistes se detectan de forma incidental en estudios de imagen y tienen un curso benigno. Una minoría presentan síntomas y se relacionan de forma excepcional con morbilidad y mortalidad importantes.<sup>1-3</sup> Los quistes grandes son más propensos a causar síntomas y complicaciones como hemorragia espontánea,<sup>4</sup> ruptura en la cavidad peritoneal<sup>3</sup> o vía biliar,<sup>5</sup> infecciones y compresión del árbol biliar.<sup>2,5</sup>

\* Cirugía General. Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional «La Raza».

#### Correspondencia:

**Edgar Vargas Flores**

Cirugía General, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional «La Raza», Instituto Mexicano del Seguro Social. Calle Enrico Carusso núm. 125, Torre A Int. 9, Col. Peralvillo, 05220, Ciudad de México. Tel: (55) 5499 5292. E-mail: eddgar868@gmail.com

En algunos casos los quistes hepáticos pueden llegar a tener áreas sólidas, particularmente en el escenario de malignidad. De manera contraria, las lesiones hepáticas sólidas pueden tener componentes quísticos como ha llegado a observarse en hemangiomas o tumores que presentan áreas necróticas.

En este caso se aborda una presentación atípica de compresión del árbol biliar, así como su manejo laparoscópico.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

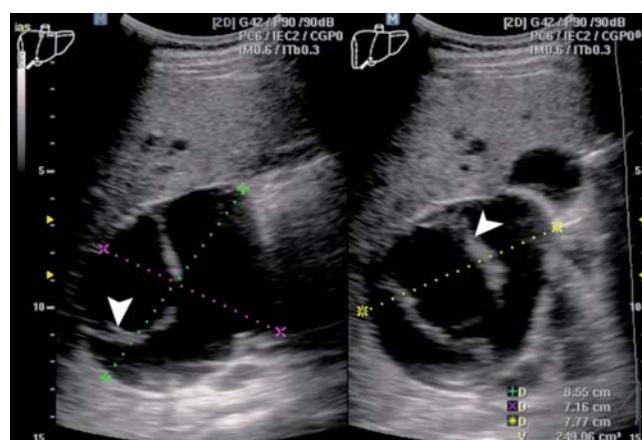
Mujer de 27 años de edad sin antecedentes de importancia; reporta sólo la ingesta ocasional de alcohol sin llegar a la embriaguez. Inició padecimiento en diciembre de 2010 con la aparición gradual de dolor abdominal de tipo cólico, de intensidad 3/10 en la escala visual análoga; posteriormente notó la presencia de tumor palpable en hipocondrio derecho, más notorio con los cambios posturales relacionados con movimientos de flexión de columna vertebral, refiriendo además náuseas de aparición ocasional sin llegar al vómito. A la exploración física se encontró abdomen globoso por panículo adiposo, con presencia de hepatomegalia palpable a 2 cm debajo del reborde costal, sin datos de irritación peritoneal. Se inició protocolo de estudio con laboratorios, el cual demostró elevación discreta por encima del límite superior de bilirrubinas totales de 1.5 mg/dL a expensas de la bilirrubina directa (1.1 mg/dL). El ultrasonido abdominal reveló la presencia de un tumor de características quísticas en segmento V del hígado con volumen aproximado de 186 cm<sup>3</sup> en flanco derecho (Figura 1), sin aparente dilatación de las vías biliares extrahepáticas o intrahepáticas. A continuación se decidió realizar tomografía abdominal simple y contrastada, la cual mostró tumor hepático de bordes delimitados y características quísticas de 69 x 75 x 68 mm (Figura 2), con septos en su interior, además de desplazamiento y compresión de la vía biliar extrahepática con discreta dilatación de conductos intrahepáticos. Por las características imagenológicas se decidió toma de inmunoglobulina G en contra de *Echinococcus granulosus*, el cual se reportó como no reactivo. Con el protocolo de estudio completo se decidió proceder a manejo quirúrgico con acceso laparoscópico para destechamiento de quiste hepático.

Técnica quirúrgica: se accesa a cavidad mediante cuatro puertos: umbilical de 12 mm, subxifoideo de 12 mm, hipocondrio derecho de 5 mm y flanco derecho de 5 mm. Se localiza quiste hepático de aproximadamente 11 cm de diámetro en segmento V y VI, con compresión y desplazamiento de la vía biliar extrínseca (Figura 3). Se realiza tracción de quiste y aspirado del líquido del mismo, se procede al destechamiento laparoscópico mediante bisturí armónico en un área aproximada de 4 x 4. Tras verificar hemostasia se da por terminado el acto quirúrgico. Se envía la pieza quirúrgica al Servicio de

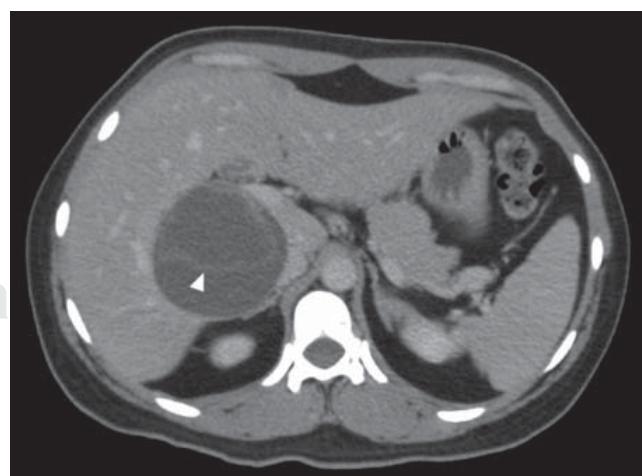
Anatomía Patológica, el cual informa, como diagnóstico histopatológico, quiste simple septado de hígado sin evidencia de etiología parasitaria. La paciente presentó una evolución sin eventualidades por lo que fue egresada de la unidad 48 horas posteriores a la cirugía con seguimiento en consulta externa sin complicaciones, ni dolor y con niveles de bilirrubinas de control un mes después del evento quirúrgico, reportando bilirrubina total en 0.5 mg/dL.

## DISCUSIÓN

La mayoría de los quistes simples no requieren tratamiento; sin embargo, puede ser prudente vigilar los quistes grandes (mayores de 4 cm de diámetro) de forma periódica con ultrasonido para asegurar su estabilidad. Se sugiere un estudio de seguimiento al menos tres meses

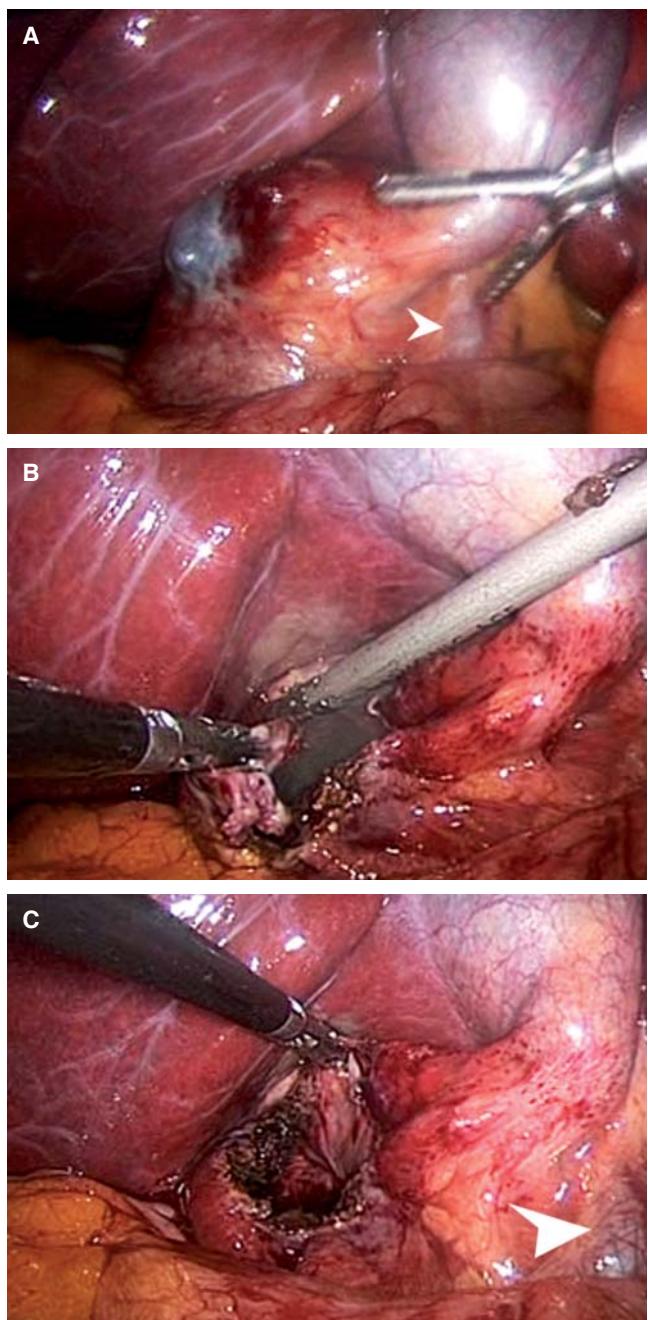


**Figura 1.** Ultrasonido hepático que muestra la presencia de imagen quística con septos (flechas) en su interior.



**Figura 2.** Quiste hepático sin reforzamiento a la aplicación de medio de contraste con contenido hipodenso en interior y septo (flecha).

posteriores al diagnóstico inicial y después de seis o 12 meses. La vigilancia ulterior por lo regular no es necesaria si el tamaño del quiste se mantiene durante dos a tres años. La relación causal entre dolor abdominal, dispepsia y un quiste simple debe manejarse con precaución e



**Figura 3.** A. Localización de quiste hepático y compresión de vía biliar secundaria al quiste hepático (flecha). B. Destechamiento del quiste mediante corte con bisturí armónico. C. Aspecto final de quiste destechado y vía biliar intacta con calibre aparentemente normal (flecha).

intervenirse sólo si el quiste es grande y otras causas de la sintomatología ya han sido descartadas. Éstas incluyen coledocolitis, enfermedad por reflujo gastroesofágico, dismotilidad gástrica, enfermedad ácido péptica y otras causas de dispepsia. En los casos de sospecha de compresión de la vía biliar, el abordaje diagnóstico debe estar dirigido a excluir las causas más comunes de obstrucción intrínseca y extrínseca de la vía biliar como son coledocolitis y tumores de la encrucijada biliopancreática; sólo entonces, tras descartar dichos diagnósticos y con un hallazgo concurrente de lesión hepática quística, puede pensarse en una compresión extrínseca de la vía biliar siempre y cuando exista sintomatología, hallazgos bioquímicos o radiológicos que apoyen esa sospecha como en la paciente abordada en este caso.

El destechamiento amplio o resección de quiste se ha asociado a una incidencia relativamente baja de recurrencia del mismo o de complicaciones. El abordaje laparoscópico se ha considerado seguro, pues logra un destechamiento amplio o resección sin necesidad de una incisión de laparotomía.<sup>1</sup> No obstante, esta modalidad terapéutica está lejos de ser la única opción en el abordaje de las lesiones quísticas con compresión de la vía biliar extrahepática. En otros casos publicados se han descrito abordajes de mínimo acceso como la inyección de agentes esclerosantes a la lesión quística con oleato de monoetanolamina, usado en el tratamiento de las várices, así como resecciones hepáticas complejas con derivación biliodigestiva en situaciones en las que el árbol biliar presenta mayor compromiso.<sup>2,5</sup>

Las complicaciones potenciales del destechamiento laparoscópico incluyen infección de herida, fuga biliar, hematoma subfrénico y drenaje postoperatorio prolongado a través del drenaje abdominal. No hay estudios prospectivos que comparen los diferentes abordajes terapéuticos relacionados en específico con la compresión del árbol biliar secundario a quistes. Como resultado, el procedimiento de elección debe decidirse de forma particular, tomando en consideración la localización del quiste, sospecha de malignidad, historia de cirugías previas, afectación de la vía biliar y experiencia del centro médico.

## CONCLUSIONES

La compresión extrínseca de la vía biliar por quiste hepático debe considerarse como una entidad clínica excepcional, en este caso su diagnóstico no fue completamente dilucidado de forma preoperatoria. El abordaje de esta patología de manera laparoscópica permitió el diagnóstico, además de ser seguro, rápido y con excelentes resultados terapéuticos gracias a la ausencia de manipulación de la vía biliar durante el procedimiento.

## REFERENCIAS

1. Reid-Lombardo KM, Khan S, Sclabas G. Hepatic cysts and liver abscess. *Surg Clin North Am.* 2010; 90: 679-697.
2. Gadzijev E, Dragan S, Verica FM, Jana G. Hepatobiliary cystadenoma protruding into the common bile duct, mimicking complicated hydatid cyst of the liver. Report of a case. *Hepatogastroenterology.* 1995; 42: 1008-1010.
3. Salemis NS, Georgoulis E, Gourgiotis S, Tsohataridis E. Spontaneous rupture of a giant non parasitic hepatic cyst presenting as an acute surgical abdomen. *Ann Hepatol.* 2007; 6: 190-193.
4. Hanazaki K, Wakabayashi M, Mori H, Sodeyama H, Yoshizawa K, Yokoyama S et al. Hemorrhage into a simple liver cyst: diagnostic implications of a recent case. *J Gastroenterol.* 1997; 32: 848-851.
5. Miyamoto M, Oka M, Izumiya T, Nagaoka T, Ishihara Y, Ueda K et al. Nonparasitic solitary giant hepatic cyst causing obstructive jaundice was successfully treated with monooctanolamine oleate. *Intern Med.* 2006; 45: 621-625.