



Quiste hepático gigante. Beneficios de la cirugía de mínimo acceso

Yisvanth Pérez Ponce,* José Roberto Romero Fierro,† Brenda Arcos Vera‡

Resumen

Introducción: En 1856 se reportó el primer caso de quistes hepáticos; sin embargo, hasta la fecha se considera una entidad poco frecuente; por lo general, el diagnóstico es como hallazgo imagenológico. La mayoría de los quistes hepáticos simples no requieren tratamiento. La presencia de síntomas relacionados con el quiste, como aumento de tamaño o complicaciones secundarias a la lesión, es una indicación de manejo quirúrgico. Reportamos el caso clínico de un paciente con diagnóstico de quiste hepático gigante, analizando los beneficios de la cirugía de mínimo acceso. **Caso clínico:** Paciente femenina de 70 años de edad, con diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica y cesárea como único antecedente quirúrgico. Inició su padecimiento actual con dolor abdominal de 15 días de evolución, de predominio en el hipocondrio derecho y plenitud postprandial. En la exploración física, se observó abdomen globoso con tumoración de aproximadamente 10 cm por debajo del reborde costal derecho, dolorosa a la palpación media. La biometría hemática mostró leucocitosis y el resto dentro de los parámetros normales. El ultrasonido y la tomografía de abdomen reportaron una tumoración hepática que correspondía a los segmentos IV-VIII de Couinaud, de aproximadamente 15 × 10 cm, quística e hipodensa. Se decidió manejo quirúrgico con cirugía de mínimo acceso en la que se le realizó resección total del quiste. Las dimensiones de la lesión quística fueron 25 × 24 × 20 cm, con reporte histopatológico de quiste hepático. **Conclusión:** El manejo de los quistes hepáticos gigantes mediante cirugía de mínimo acceso disminuye la estancia hospitalaria, la tasa de recurrencia y el tiempo de convalecencia.

Palabras clave: Quiste hepático, quiste hepático gigante, cirugía de mínimo acceso.

Abstract

Introduction: The first case of hepatic cysts was reported in 1856; nevertheless, it is still considered a rare entity; its diagnosis usually occurs as an imaging finding. Most simple liver cysts do not require treatment. The presence of cyst-related symptoms such as enlargement or complications secondary to injury is an indication for surgical management. We report the case of a patient with the diagnosis of a giant hepatic cyst, analyzing the benefits of minimal access surgery. **Case report:** This was a 70-year-old female with diabetes mellitus, hypertension and a cesarean section as the main data in her clinical history. She initiated with abdominal pain for the last 15 days, predominantly in the right hypochondrium, accompanied with postprandial fullness. The findings on the physical examination were abdominal distension and a mass approximately 10 cm below the right costal margin, painful to mild palpation. The hematic biometry reported only leukocytosis, and the rest within normal parameters. Abdomen ultrasound and tomography showed a hepatic tumor that corresponded to the segments IV-VIII of Couinaud, of approximately 15 × 10 cm, cystic and hypodense. The surgical approach chosen was minimal access surgery, in which a total cyst resection was performed. The dimensions of the cystic lesion were 25 × 24 × 20 cm, with a histopathology report of a hepatic cyst. **Conclusion:** The minimal access surgery of giant hepatic cysts decreases the hospital stay, the rate of recurrence and the time of convalescence.

Key words: Hepatic cyst, giant hepatic cyst, minimal access surgery.

* Cirugía y medicina de alta especialidad, sepsis, obesidad y cirugía compleja, AC. Profesor adjunto para la Especialidad en Cirugía General, UAEMEX.

† Cirugía General.

Centro Médico ISSEMYM, Toluca.

Correspondencia:

Dr. Yisvanth Pérez Ponce, FACS

Avenida Vicente Guerrero 209, torre II, consultorio 306, Col. Centro, 50120, Toluca, Estado de México.

Tel. 7222150550

E-mail: dryisvanth_cymaesocc@eninfinitum.com

INTRODUCCIÓN

Los quistes hepáticos son formaciones de contenido seroso rodeadas de un parénquima hepático normal, sin comunicación con la vía biliar. La pared del quiste está generalmente compuesta de una capa de revestimiento de epitelio cuboide rodeado de capas de tejido conectivo.¹ En 1856, Michael reportó el primer caso de quiste hepático solitario. Su localización más común es el lóbulo derecho del hígado.² La frecuencia de quistes hepáticos es de 1.4 a 1.6 por 1,000 y afecta a menos del 5% de la población general;³ la relación femenino/masculino es de 1.5:1 en quistes simples asintomáticos, pero se incrementa a 9:1 para quistes sintomáticos o complicados.⁴

En el siglo XIX, se inició la medicina moderna con la introducción de métodos innovadores para operar al ser humano, como la cirugía de mínimo acceso y/o laparoscópica, intervenciones quirúrgicas que representan hoy el estándar de oro en el tratamiento de diversas patologías.⁴ El primer procedimiento laparoscópico para quiste hepático fue realizado por Z'graggen en Alemania, en 1991.²

Henson y sus colaboradores propusieron en 1956 una clasificación para quistes hepáticos no parasitarios basada esencialmente en su etiología (*Cuadro I*): congénitos, traumáticos, inflamatorios o neoplásicos. Sherlock¹ sólo los separó en congénitos o adquiridos. Morino y su grupo clasificaron a la enfermedad poliquística hepática en dos grupos: tipo I (caracterizada por un número limitado de quistes hepáticos grandes localizados predominantemente en segmentos anteriores) y tipo II (caracterizada por pequeños quistes en el hígado, incluyendo los segmentos posteriores [«queso suizo»]).¹

Presentamos el caso de una mujer con un quiste hepático gigante único y su resolución por vía laparoscópica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 70 años de edad, con diagnóstico de DM2 desde 25 años atrás, en tratamiento con insulina NPH; hipertensión arterial sistémica de 20 años de evolución, en tratamiento a base de enalapril, y una cesárea como único antecedente quirúrgico.

Cuadro I. Clasificación de los quistes hepáticos no parasitarios por Henson et al.	
• Congénitos	– Solitario (unilocular o multilocular) – Enfermedad poliquística difusa
• Traumática	
• Inflamatoria	– Específica – Inespecífica
• Neoplásica	– Benigna – Maligna

Inició su padecimiento actual con dolor abdominal de 15 días de evolución, de predominio en el hipocondrio derecho, escala de valoración análoga (EVA) de dolor de seis puntos o moderada, con irradiación ipsilateral hacia el hombro, acompañado de plenitud postprandial inmediata. Negó coluria o cambios en sus hábitos intestinales asociados. Su evolución fue continua, con dolor recurrente y progresivo hasta limitar su alimentación, sin llegar al vómito; por este motivo acudió a urgencias para valoración.

En la exploración física, se observó edad aparente que correspondía a la cronológica, sin facies de síndrome de desgaste, taquicardia ni fiebre, no ictericia ni polipnea, saturación de 94%, cardiopulmonar sin datos anormales, abdomen globoso con aumento de volumen en el hemiabdomen superior. Se palpó una tumoración de aproximadamente 10 cm por debajo del reborde costal derecho, superficie lisa, no lobulada, dolorosa a la palpación media. Se observó desplazamiento lateroinferior de los ruidos intestinales, sin evidencia de adenopatías supraclaviculares, red venosa colateral ni telangiectasias en tegumentos.

Se protocolizó con estudios de laboratorio en los que se reportó biometría hemática con leucocitosis, marcadores tumorales negativos, pruebas de función hepática dentro de los parámetros normales. El ultrasonido abdominal reveló una imagen hipoeoica avascular que aparentemente desplazaba los segmentos hepáticos IV, V, VI, VII y VIII de Couinaud, con dimensiones de 187 × 111 × 145 mm y volumen de 1,596 cm³. La tomografía axial computada (TAC) de abdomen mostró tumoración hepática aparente del lóbulo derecho, que correspondía a los segmentos IV, V, VI, VII y VIII de Couinaud, de aproximadamente 15 × 10 cm, hipodensa, que no reforzaba con medio de contraste intravenoso (*Figura 1*).

Con el diagnóstico de quiste hepático, se sometió a un procedimiento quirúrgico por abordaje laparoscópico. Se colocó en posición americana, utilizando cuatro puertos en



Figura 1. Tumoración hepática derecha en los segmentos IV, V, VI y VII de aproximadamente 15 × 10 cm, hipodensa, que no refuerza con medio de contraste intravenoso.

los sitios habituales de una cirugía de colecistectomía. Se realizó exploración de toda la cavidad y se encontró una lesión multinodular de superficie nacarada dependiente del hígado en los segmentos antes mencionados. El resto del parénquima hepático se apreció de características normales (Figuras 2 y 3). Mediante disección monopolar y ultrasónica, se llevó a cabo liberación de adherencias del borde libre inferior, medial y lateral. Se identificó el plano entre la pared de la lesión quística y el parénquima hepático; con ayuda de evacuación del contenido del quiste, se completó la disección de adherencias de la pared posterior del quiste al peritoneo parietal posterior y la resección total del quiste. La pieza quirúrgica se extrajo con bolsa de polietileno. Se hizo hemostasia y se colocó drenaje cerrado intraabdominal.

Las dimensiones de la lesión quística fueron 25 × 24 × 20 cm (Figura 4); el tiempo quirúrgico fue de aproximadamente 150 minutos, el sangrado fue de 100 mL. Se inició la vía oral a las 24 horas tras la cirugía. Cursó sin complicaciones quirúrgicas, pero su estadía hospitalaria se prolongó por nueve días a causa de descompensación metabólica de su diabetes. El retiro del drenaje se hizo al momento de su egreso hospitalario.

El reporte final de patología describió un quiste hepático con inflamación moderada.



Figura 2. Fenestración del quiste hepático.



Figura 3. Resección del quiste hepático.



Figura 4. Pieza de quiste hepático de 25 × 24 × 20 cm.

DISCUSIÓN

En las lesiones quísticas hepáticas no hidatídicas se encuentran, por orden de mayor a menor frecuencia: a) quiste simple, b) cistoadenoma hepático, c) cistoadenocarcinoma, d) poliquistosis hepática, e) quistes biliares y f) quiste hepático ciliado.

Los quistes hepáticos simples son formaciones quísticas con contenido claro en su interior, sin comunicación con el árbol biliar intrahepático; la prevalencia es del 1% entre la población general adulta; muy pocos alcanzan un tamaño significativo y es aún menos frecuente que causen síntomas; su tamaño oscila desde pocos milímetros hasta lesiones masivas que ocupan todo el hemiabdomen superior; la aparición de quistes hepáticos simples es más frecuente en mujeres, en una proporción de 1.5:1.⁵ Cuando son quistes sintomáticos, complicados o de gran tamaño, la proporción aumenta, apareciendo nueve casos en mujeres por cada caso en varones.⁵

El curso clínico habitual de los quistes hepáticos es asintomático; sin embargo, cuando su tamaño supera los cuatro centímetros, se realiza seguimiento y control con estudios de imagen como ultrasonido o tomografía axial computada; en el caso de que se mantengan constantes en su tamaño, no es indispensable un seguimiento estrecho.²

La localización de los quistes hepáticos simples es más frecuente en el lóbulo hepático derecho, lo que se confirma también en nuestro caso. La manifestación clínica de estas lesiones es dolor abdominal o dorsolumbar, náuseas, vómitos, sensación de pesantez y saciedad temprana asociada a compresión extrínseca del tubo digestivo, además de sangrado interno (al quiste) y sobreinfección.⁴

Los quistes hepáticos son raros y casi siempre son descubiertos de manera fortuita; la mayoría de los casos son detectados cuando se vuelven sintomáticos.⁴ Para el diagnóstico de esta patología, las pruebas de laboratorio suelen presentarse dentro de los rangos y el diagnóstico se basa en la clínica, apoyado en estudios imagenológicos como

ultrasonografía, resonancia magnética nuclear (RMN) y TAC abdominal (que es una de las más sensibles y específicas).³ En el ultrasonido hepático, es habitual identificar quiste unilocular de paredes delgadas con contorno liso y forma circular u oval, anecoica, con refuerzo posterior; sin embargo, el estudio de elección es la tomografía axial computada, que muestra imágenes hipodensas que no captan medio de contraste y cuya densidad en el interior es líquida. Se pueden observar septos y conglomerados intraquísticos.²

El diagnóstico de un quiste hepático simple se basa en los hallazgos sugestivos de las pruebas de imagen positivas a una lesión con una clínica compatible. La especificidad de la ultrasonografía en el diagnóstico del quiste hepático simple se encuentra entre 90 y 95%, mientras que con la resonancia magnética varía entre 95 y 100%.⁵

La presencia de síntomas relacionados con el quiste, el incremento en dimensiones o las complicaciones secundarias a la lesión son indicaciones quirúrgicas. El tratamiento médico y quirúrgico se reserva para los casos clínicos sintomáticos, con presencia de dolor en el hipocondrio derecho, masa palpable, náuseas, plenitud postprandial y disnea³ que causen complicaciones, o bien, para aquellos de crecimiento acelerado, que compriman estructuras vecinas, o cuando exista complicación de los quistes; en este sentido, las más frecuentes son ictericia obstructiva, perforación, hemorragia intraquística, ruptura hacia el peritoneo, torsión del pedículo, cuadro séptico por infección del líquido, obstrucción de la vena cava superior e hipertensión portal.²

El tratamiento médico puede incluir procedimientos invasivos de los quistes, que consisten en el drenaje percutáneo guiado con o sin escleroterapia; sin embargo, éste presenta una tasa de recidivas de entre 60 y 100% y sólo se debe reservar para aquellos pacientes sintomáticos cuyas condiciones especiales no permiten el abordaje quirúrgico.³ Es de gran utilidad la punción de quistes dirigida por estudios imagenológicos en caso de pacientes con quistes en sitios de difícil manejo quirúrgico, independientemente del abordaje, como sucede con los quistes de localización central. Los dispositivos actuales de hemostasia, como los llamados bipolares «inteligentes» o los ultrasónicos avanzados, también permiten intervenir dichos quistes, facilitan el procedimiento, acortan el tiempo quirúrgico y mejoran la hemostasia, disminuyendo las complicaciones y morbilidad asociadas, lo que beneficia el abordaje por laparoscopia.

Para quistes hepáticos gigantes, como en nuestro caso (de aproximadamente 25 × 24 × 20 cm), existen diversas opciones terapéuticas, incluyendo a) aspiración percutánea con o sin inyección de sustancias esclerosantes, b) drenaje interno mediante cistoyeyunostomía, c) destechamiento amplio con o sin marsupialización y d) diversos grados de resección hepática. La resección total fue el tipo de técnica que usamos; en la literatura se describe como una técnica con pocas complicaciones y un porcentaje de recidivas que oscila

entre cero y 14.3%. En la actualidad, el abordaje laparoscópico es ampliamente utilizado para el manejo de los quistes hepáticos, con resultados similares a los descritos mediante cirugía abierta, pero con las ventajas de la laparoscopia; es considerado por algunos autores como el enfoque de elección para el tratamiento quirúrgico de los quistes hepáticos simples;⁵ además, disminuye la estancia hospitalaria.

Uno de los abordajes quirúrgicos para el manejo del quiste extrahepático consiste en la aspiración del contenido y fenestración del quiste donde la pared del mismo es ampliamente escindida para permitir el drenaje intraperitoneal del quiste y su extirpación. La cuña escindida es cauterizada para hemostasia y la cavidad del quiste debe ser inspeccionada intencionalmente en búsqueda de bilis; de existir comunicación biliar, será suturada.⁴ En la actualidad existen diversas técnicas laparoscópicas que incluyen la fenestración, la enucleación del quiste, la marsupialización con o sin colocación de un segmento de epiplón mayor en la cavidad del quiste y la resección hepática parcial.³

Con la constante evolución en las técnicas quirúrgicas de mínima invasión se ha demostrado la viabilidad y seguridad de este abordaje, con beneficios en cuanto al dolor postoperatorio, movilización precoz del paciente, menor convalecencia y mejores resultados en lo relacionado con la cosmesis.²

La cirugía de mínimo acceso —además de alcanzar resultados similares a los de la cirugía abierta, pero con menor morbilidad— acorta la estadía hospitalaria y ofrece la ventaja de inspeccionar la superficie interna de la pared quística para observar signos de malignidad y tomar biopsias de lesiones sospechosas. La cirugía de mínimo acceso de los quistes hepáticos no complicados está asociada a una tasa de recurrencia de 10-25%, con menos morbilidad en comparación con la cirugía abierta. Esta recurrencia ha sido atribuida a falla en la ablación de la capa secretante de la pared del quiste y en no realizar adecuadas medidas para prevenir el cierre temprano del mismo. Las complicaciones del manejo laparoscópico de los quistes hepáticos han variado desde 0 hasta 15% e incluyen disnea, efusión pleural, ascitis, hemorragia, infección y colección biliar subhepática, así como las asociadas a la anestesia general, principalmente respiratorias.⁴

CONCLUSIÓN

El quiste hepático simple es una entidad frecuente que rara vez requiere cirugía a menos que tenga criterios quirúrgicos para resección. Mediante técnicas de imagen se pueden diferenciar la mayoría de los quistes simples del resto de las lesiones quísticas hepáticas. El manejo de los quistes hepáticos gigantes con cirugía de mínimo acceso disminuye la estancia hospitalaria y aumenta la tasa de recuperación, además de que reduce la tasa de recurrencia (en comparación con el drenaje percutáneo), por lo que consideramos que es un tratamiento quirúrgico óptimo.

REFERENCIAS

1. Ortiz GJ, Gracida MN, Sánchez LR, Reyes SM. Quistes hepáticos no parasitarios. *Cirujano General*. 2002; 24: 326-334.
2. Castillo GJ, Carrillo OJ, León MG, González MJ, Cortés OS, Bolaños BE et al. Quiste hepático gigante simple, manejo con cirugía de mínima invasión. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2012; 10: 137-139.
3. Véliz MF, Velazco GJ, Guajardo ND. Manejo laparoscópico de un quiste hepático simple sintomático. *Avances*. 2004; 23: 18-20.
4. Fernández-Mogollón J, Castellanos-Custodio C, Uchofen-Silva C. Manejo laparoscópico de un quiste hepático gigante: a propósito de un caso. *Rev Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2012; 5: 25-30.
5. Ruiz-Tovar J, López-Buenadicha A, Moreno-Caparrós A, Nuño VJ. Manejo quirúrgico de los quistes hepáticos simples. *Cir Cir*. 2012; 80: 52-55.

www.medigraphic.org.mx