

DIRECTOR

- Dr. Esteban Sánchez Gaitán, Dirección de Red Integrada de Servicios de Salud Huetar Atlántica, Limón, Costa Rica.

CONSEJO EDITORIAL

- Dr. César Vallejos Pasache, Hospital III Iquitos, Loreto, Perú.
- Dra. Anais López, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Ingrid Ballesteros Ordoñez, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Dra. Mariela Burga, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Patricia Santos Carlin, Ministerio de Salud (MINSa), Lima, Perú.
- Dr. Raydel Pérez Castillo, Centro Provincial de Medicina Deportiva Las Tunas, Cuba.
- Dra. Margarita Karol Malpartida Ampudia, Investigadora independiente, Limón, Costa Rica.

COMITÉ CIENTÍFICO

- Dr. Zulema Berrios Fuentes, Ministerio de Salud (MINSa), Lima, Perú.
- Dr. Gerardo Francisco Javier Rivera Silva, Universidad de Monterrey, Nuevo León, México.
- Dr. Gilberto Malpartida Toribio, Hospital de la Solidaridad, Lima, Perú.
- Dra. Marcela Fernández Brenes, Caja costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica.
- Dr. Hans Reyes Garay, Eastern Maine Medical Center, Maine, United States.
- Dr. Steven Acevedo Naranjo, Saint- Luc Hospital, Quebec, Canadá.
- Dr. Luis Osvaldo Farington Reyes, Hospital regional universitario José María Cabral y Báez, República Dominicana.
- Dra. Caridad María Tamayo Reus, Hospital Pediátrico Sur Antonio María Béguez César de Santiago de Cuba, Cuba.
- Dr. Luis Malpartida Toribio, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú.
- Dra. Allison Viviana Segura Cotrino, Médico Jurídico en Prestadora de Salud, Colombia.
- Mg. Luis Eduardo Traviezo Valles, Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" (UCLA), Barquisimeto, Venezuela.
- Dr. Pablo Paúl Ulloa Ochoa, Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo", Guayaquil, Ecuador.

EQUIPO TÉCNICO

- Msc. Meylin Yamile Fernández Reyes, Universidad de Valencia, España.
- Ing. Jorge Malpartida Toribio, Trabajador independiente, Virginia, Estados Unidos.
- Bach. Luis Fernando Montero Bonilla, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Srta. Maricielo Ampudia Gutiérrez, George Mason University, Virginia, Estados Unidos.

EDITORIAL MÉDICA ESCULAPIO



50 metros norte de UCIMED,
Sabana Sur, San José-Costa Rica
Código postal 10108
Teléfono: 8668002
info@editorialmedicaesculapio.com

ENTIDAD EDITORA

SOMEA

SOCIEDAD DE MÉDICOS DE AMÉRICA

Frente de la parada de buses Guácimo, Limón.
Costa Rica - Código Postal: 70101

Teléfono: 8668002

sociedadmedicosdeamerica@hotmail.com

<https://somea.businesscatalyst.com/informacion.html>



Manejo laparoscópico de un quiste hepático gigante: reporte de caso clínico

Laparoscopic management of a simple hepatic cyst: case report

¹Dr. José Francisco Navarro Coto

Hospital Manuel Mora Valverde - Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS),
Puntarenas, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0002-6242-332X>

²Dra. Mariana Pacheco Muñoz

Hospital Manuel Mora Valverde - Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS),
Puntarenas, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0001-9786-7687>

³Dra. Victoria Ramírez Arguedas

Investigadora independiente, Puntarenas, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0002-8877-6254>

Recibido
16/03/2022

Corregido
25/03/2022

Aceptado
05/04/2022

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente femenina de 65 años, previamente conocida sana, con un cuadro de dolor abdominal persistente, en quien se diagnostica, por medio de ultrasonido, un quiste hepático simple gigante, el cual se abordó por vía laparoscópica.

PALABRAS CLAVE: quiste hepático simple, dolor abdominal, cirugía laparoscópica, tratamiento quirúrgico.

ABSTRACT

We present the case of a 65-year-old female patient, previously known to be healthy, with a persistent abdominal pain, in whom a giant simple liver cyst is diagnosed, by ultrasound, which was addressed laparoscopically.

KEY WORDS: simple hepatic cyst, abdominal pain, laparoscopic surgery, surgical treatment.

¹Médico especialista en Cirugía General, graduado de la Universidad de Costa Rica (UCR). Cód. [MED10235](#). Correo: frannava@gmail.com

²Médica especialista en Pediatría, graduada de la Universidad de Costa Rica (UCR). Cód. [MED14571](#) Correo: maripachecomunoz@gmail.com

³Médica general, graduada de la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED). Cód. [MED16630](#). Correo: viic1403@hotmail.com



INTRODUCCIÓN

Los quistes hepáticos son entidades infrecuentes en pacientes adultos, sin embargo, si no se abordan de manera oportuna, pueden llevar a múltiples complicaciones, inclusive a la muerte. En la mayoría de los casos, los quistes simples son un hallazgo incidental a la hora de realizar una prueba de imagen destinada a otra causa no relacionada. Por lo general, suelen ser asintomáticos en un 3%, y alrededor del 10-15% de todos los pacientes van a generar algún tipo de síntoma que los lleva a consultar. El abordaje va a depender de las características del quiste y de la condición del paciente.

Debido a la poca frecuencia de presentación con que se reporta dicha patología, se decide realizar el reporte de este para mayor conocimiento de la comunidad médica y extrapolar su abordaje con casos similares.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trabaja con una paciente femenina de 65 años que consultó al servicio de emergencias del Hospital Gofito Manuel Mora Valverde de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) por dolor abdominal persistente, localizado en hipocondrio derecho. Se describe una paciente conocida sana, sin alergias, sin antecedentes de tabaquismo y sin antecedentes quirúrgicos. A partir del examen físico, se encuentra anictérica, con un abdomen blando depresible, sin datos de irritación peritoneal. No se palpan masas y el hígado impresiona al menos 2 centímetros por debajo del reborde costal. Los laboratorios reportan:

- Hemograma: hemoglobina 12,6 g/dl, hematocrito 38 %, leucocitos 10 100uL, plaquetas 408 000uL.

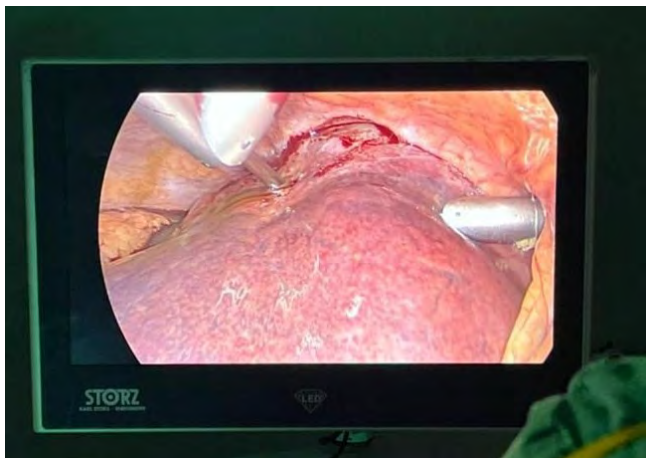
- Química: creatinina 0,8 mg/dl, nitrógeno ureico 5,7 mg/dl, bilirrubina total 1mg/dl, AST 32 UI/L, ALT 46UI/L, FA 383 UI/L, GGT 18 UI/L, DHL 234 UI/L, amilasa 41U/L.
- Pruebas de coagulación: PTP 91%, tiempo de protrombina 12,9 seg, INR 1.1, TPT 26,3 seg.
- Procalcitonina menor a 0,10 ng/dl.

El ultrasonido de abdomen superior reporta el hígado aumentado de tamaño que mide 196mm. El lóbulo derecho alterado por gran tumoración quística de aspecto grumoso, ocupando el 70%, afectando los diferentes segmentos, principalmente el VII y el VIII, de 176x124x152 mm, para un volumen de 1737cc. Esteatosis hepática incipiente. Vesícula biliar, vías biliares y páncreas sin alteraciones. Se complementa con una TAC trifásica que describe los mismos hallazgos. La paciente se lleva a sala de operaciones, donde se realiza abordaje laparoscópico con tres puertos, el umbilical de 10mm y dos subcostales de 5mm (**Figura 1**).

Se drena contenido grumoso del quiste y se reseca la mayor cantidad del quiste usando LigaSure (**Figura 2**).

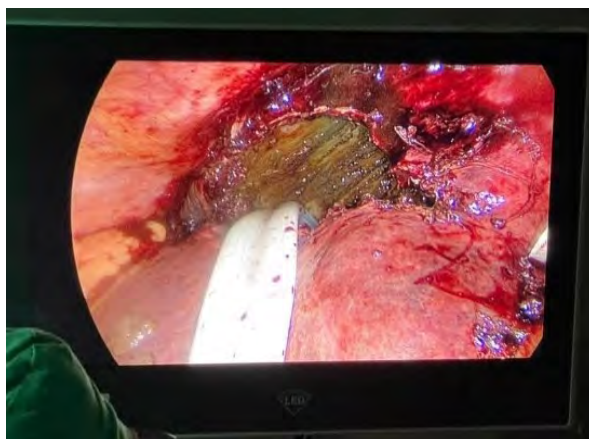
Se realiza lavado del interior del quiste y se intenta drenar la mayor cantidad de secreción grumosa. Utilizando cauterio monopolar, se cauteriza la cavidad con el remanente del quiste y se coloca drenaje en sitio de la lesión. La paciente muestra una adecuada evolución clínica en post operatorio. Se retira el drenaje el día 1, al evidenciar que no hubo sangrado, y se reinicia dieta sin complicaciones posteriores. La biopsia de la cápsula documentó tejido necrótico con infiltrado inflamatorio de tipo poli y mononuclear con cristales de colesterol, rodeados por células gigantes de tipo cuerpo extraño.

Figura 1. Abordaje laparoscópico.



Fuente: Fotografía cortesía del Dr. Francisco Navarro Coto, Servicio de Cirugía General, Hospital Golfito Manuel Mora Valverde - CCSS

Figura 2. Resección de cápsula y colocación de drenaje.



Fuente: Fotografía cortesía del Dr. Francisco Navarro Coto, Servicio de Cirugía General, Hospital Golfito Manuel Mora Valverde - CCSS

En la periferia hay proliferación de fibroblastos y neoformación vascular. No se observan microorganismos.

DISCUSIÓN

Los quistes hepáticos son lesiones que, aunque son infrecuentes, se encuentran en la práctica clínica diaria. Las lesiones van desde quísticas benignas asintomáticas hasta malignas y potencialmente mortales. Además, se pueden clasificar en infecciosos, como lo es principalmente el quiste hepático hidatídico, y no infecciosos, desde lesiones benignas, premalignas y malignas (1,2,5) (**Figura 3**).

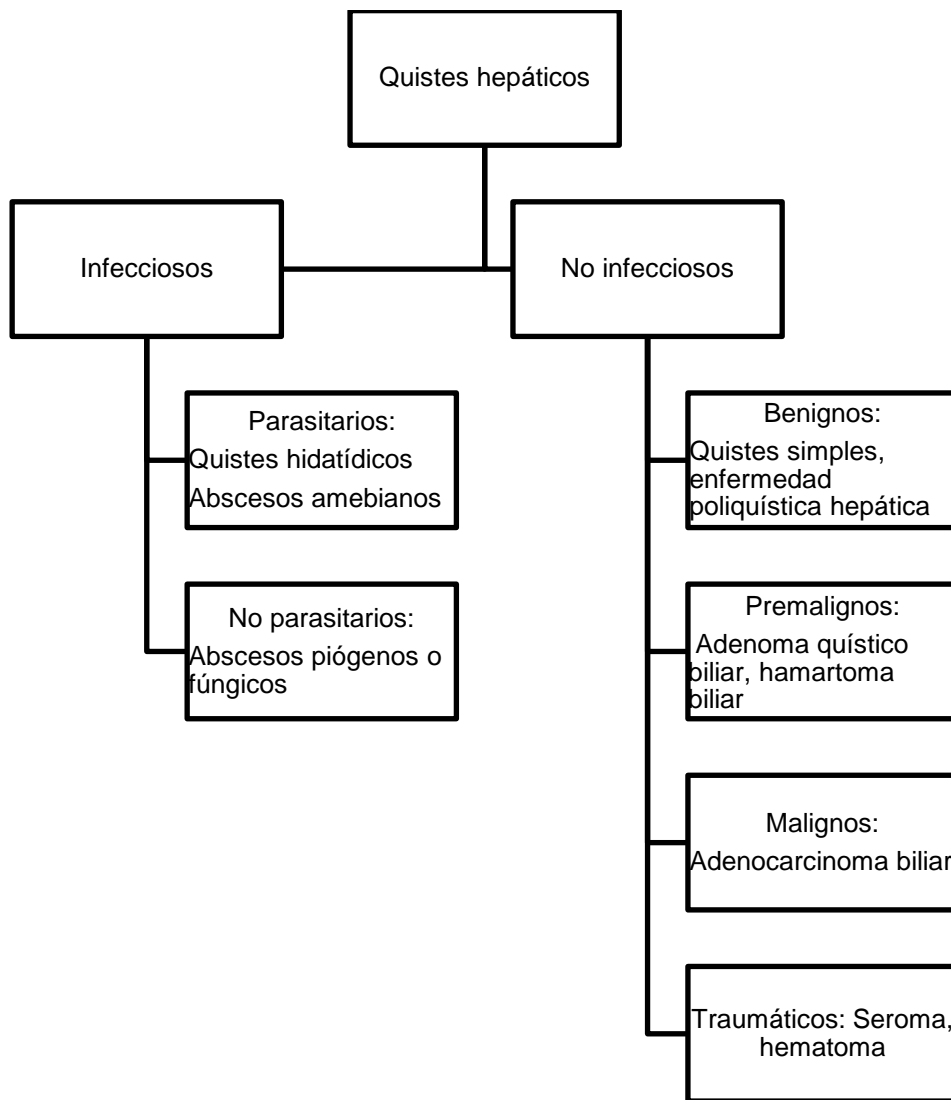
Por lo general, suelen ser asintomáticos en un 3%, y alrededor del 10-15% de todos los pacientes van a generar algún tipo de síntoma que los lleva a consultar, como lo son: dolor abdominal, saciedad temprana, vómitos, náuseas, disnea, dolor torácico, dolor en hombro derecho, y con menos frecuencia la presencia de ictericia

obstructiva, o en algunos casos inclusive ascitis (1,3,4).

La incidencia de los quistes simples es de aproximadamente un 2,5-18%, siendo este tipo de quiste el más comúnmente descrito en la literatura (4). Se evidencian con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, en proporción de 4:1, y pueden presentarse a cualquier edad; sin embargo, es más comúnmente reportado entre los 40-70 años de edad en mujeres los de origen congénito, y entre los 30-50 años de edad en varones los adquiridos (5,6,12). La incidencia exacta de los quistes hepáticos gigantes es difícil de estimar, sin embargo, algunos autores mencionan una frecuencia de hasta 14%-18% de la población en general (1,2,20). La mayoría de los quistes simples son congénitos (4,5,10).

Se plantea la hipótesis en cuanto a que los quistes simples surgen durante la embriogénesis cuando los conductos intrahepáticos no se conectan con los conductos extrahepáticos, esto debido a que

Figura 3. Clasificación de lesiones quísticas hepáticas.



Fuente: Elaboración propia

se ha observado que el epitelio del conducto biliar cubre el revestimiento interno del quiste simple (1).

Su diagnóstico se basa en la historia clínica, el examen físico y estudios complementarios, como lo son prueba de laboratorio e imágenes. Los síntomas más frecuentemente descritos son: dolor

abdominal, saciedad temprana, vómitos, náusea o efecto de masa (7,8,13). Al realizar el examen físico, se puede documentar una masa en el abdomen o hepatomegalia (6).

Dentro de los exámenes de sangre se puede observar una elevación leve de la fosfatasa alcalina y de la γ -glutamil transferasa. Se ha descrito en algunos casos una discreta

elevación del antígeno carcinoembrionario y del CA 19-9, sin embargo, no se ha encontrado aún su relación con quistes malignos (2,17).

Su sospecha clínica ha aumentado desde que se han realizado más diagnósticos con la evolución de técnicas de imágenes modernas, como lo son el ultrasonido, la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética (1,2). Previo al inicio de estas técnicas de diagnóstico, este se realizaba durante la cirugía. La sensibilidad diagnóstica de un ultrasonido ronda el 90%, mientras la de la resonancia magnética y la tomografía axial computarizada es aún mayor (9,16).

Las opciones terapéuticas se pueden dividir en no quirúrgicas: punción-aspiración con o sin inyección de agentes esclerosantes, como la tetraciclina, el etanol y la etanolamida; y quirúrgicas (2,6), como ablación por radiofrecuencia, fenestración, y en las quirúrgicas por medio de laparoscopia o laparotomía. El tamaño no define el abordaje quirúrgico, este va a depender de los antecedentes del paciente y de su sintomatología (7,10,11).

Cuando se decida realizar tratamiento quirúrgico, se debe tomar en cuenta que hoy en día está indicado solo para los quistes con un diámetro ≥ 6 cm, los que aumenten su diámetro durante la monitorización con ultrasonido o en aquellos pacientes con síntomas asociados (1). Se ha demostrado una efectividad de hasta el 75-85% en lo que es el manejo de los quistes no parasitarios por vía laparoscópica, en comparación con otras técnicas utilizadas (3).

Hoy en día, con el avance tecnológico se permite un abordaje mínimamente invasivo para el manejo de los quistes, así como lo es la punción guiada por ultrasonido en los casos en los que los pacientes cuentan con

alguna contraindicación para la intervención quirúrgica mayor.

Su recurrencia posterior a un procedimiento quirúrgico se reporta en alrededor del 0 al 11% (1).

Las complicaciones del quiste simple ocurren aproximadamente en el 5% de los pacientes. Las dos complicaciones más frecuentemente reportadas son la infección, habitualmente mono microbiana por *E. coli*, y la hemorragia (2,6,14). Otras menos comunes son la rotura traumática o espontánea, la torsión, la compresión de estructuras vecinas (como la vena cava inferior o la vena porta), provocando hipertensión portal, o el colédoco, provocando colestasis, colangitis e ictericia (5,6,15).

Dentro de las complicaciones post operatorias reportadas, se encuentran más frecuentemente lo que es la fuga de líquido biliar, y en menor frecuencia colecciones de fluido perihépáticas, derrame pleural y ascitis. En un estudio retrospectivo publicado en el 2020 en un centro terciario, se reportó, en un seguimiento posterior a su abordaje por laparoscopia, una resolución de los síntomas en aproximadamente un 69% de los pacientes, y un 9% de los pacientes ameritaron ser re intervenidos (3,18,19).

En este caso clínico, se describe una paciente de 65 años previamente conocida sana, quien inicia con sintomatología abdominal y disnea, razón por la cual consulta al centro médico, en donde, al completar estudios, se diagnostica, por medio de imágenes, una gran tumoración quística en hígado. Posteriormente, es llevada a sala de operaciones, donde se realizó un abordaje laparoscópico exitoso. Cabe destacar la importancia de un diagnóstico temprano debido al alto riesgo

de complicaciones en este caso en particular.

Con el caso clínico presentado, se caracterizó a pacientes con quistes hepáticos simples, describiendo así el cuadro clínico de la patología y los resultados de exámenes complementarios. Luego de realizar el análisis del caso clínico y la respectiva revisión bibliográfica, se puede asegurar que los factores de riesgo para el desarrollo de un quiste hepático simple de las características detalladas, en este caso no hidatídico, son de origen genético. La predisposición a su desarrollo no está clara, y no se puede esclarecer si algún factor sea el causante o el principal promotor al desarrollo de este tipo de quistes, tratándose de una paciente femenina previamente conocida sana.

La solicitud de un estudio de imagen adecuado en este caso la tomografía axial computarizada es esencial para establecer el diagnóstico pertinente, con tal de tomar una decisión óptima en cuanto al manejo recomendado en cada paciente.

Tras analizar la clínica que tuvo la paciente del presente caso, se pudo destacar que se debe realizar una sospecha clínica de una masa en región abdominal en pacientes con sintomatología abdominal, además de sintomatología tipo disnea por el efecto de masa.

En el caso detallado con anterioridad, como hallazgo incidental tras la evaluación clínica y de imágenes, se estableció el diagnóstico de quiste hepático simple gigante, por lo que se propuso el manejo terapéutico correspondiente y se procedió a la realización de la laparoscopia exploratoria. Después de la intervención quirúrgica y un seguimiento de la paciente, fue notable la mejoría.

CONCLUSIONES

Los quistes hepáticos son entidades infrecuentes en pacientes adultos, sin embargo, se deben sospechar en pacientes con patología abdominal y clínica de efecto de masa o disnea. Involucran lesiones desde benignas asintomáticas, como lo son los quistes simples, hasta malignas. En la mayoría de los casos, son un hallazgo incidental a la hora de realizar una prueba de imagen destinada a otra causa no relacionada. El diagnóstico preoperatorio es esencial para así poder realizar un abordaje apropiado según las características del quiste y la condición del paciente.

Es importante reportar casos similares y su desenlace en conjunto con fuentes bibliográficas actualizadas, para así brindar una guía de manejo de quistes hepáticos según las condiciones de los pacientes.

No se debe dejar de hacer énfasis en la importancia de la historia clínica y un examen físico adecuados, ya que son fundamentales para el correcto manejo y diagnóstico de la patología

Por todo lo mencionado, se recomienda un abordaje integral en estos casos para así lograr un diagnóstico y manejo oportuno en pacientes con quistes hepáticos, lo que permita obtener mejores resultados en cuanto a la calidad de vida de los pacientes, reduciendo así la morbimortalidad.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Medicina C, Zurita Q, Darío A, Guanuchi Quito E, Hernán F, Darío A, et al. Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud [Internet]. Edu.ec. [citado el 28 de febrero de 2022]. Recuperado a partir de: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/12345678>



- [9/30406/1/Análisis%20Caso%20Clínico%20Alex%20Quelal.pdf](http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2018-226276)
2. Rawla P, Sunkara T, Muralidharan P, Raj JP. An updated review of cystic hepatic lesions. *Clin Exp Hepatol* [Internet]. 2019;5(1):22–9. doi: <http://dx.doi.org/10.5114/ceh.2019.83153>
 3. Gómez A, Wisneski AD, Luu HY, Hirose K, Roberts JP, Hirose R, et al. Contemporary management of hepatic cyst disease: Techniques and outcomes at a tertiary hepatobiliary center. *J Gastrointest Surg* [Internet]. 2021;25(1):77–84. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11605-020-04821-1>
 4. Zain M, Hashim BA, Khairi A. Laparoscopic management of simple hepatic cyst. *J Pediatr Surg Case Rep* [Internet]. 2019;47(101250):101250. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.epsc.2019.101250>
 5. Javier F, Puente S, Ugalde Velázquez F, Escalante ET, López C, Cirugía MŞ., et al. *Medigraphic.com*. [citado el 28 de febrero de 2022]. Recuperado a partir de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2017/ce171f.pdf>
 6. Morazán F, Cortés C, Ayestas J. Quiste Hepático: A Propósito de un Caso Liver Cyst: About a Case Resumen. 2020. Disponible a partir de: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/quiste-hepaacutetico-a-propocutesito-de-un-caso.pdf>
 7. Willems K, Monsivais S, Vassaur H, Buckley FP. Single- incision laparoscopic management of a giant hepatic cyst. *J Surg Case Rep*. 2015;7:1-3.
 8. Nota CL, Molenaar IQ, Borel Rinkes IH, Hagendorn J. Robot- assisted laparoscopic fenestration of giant hepatic cysts. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2015;25:e163-165.
 9. Asuquo M, Nwagbara V, Agbor C, Ootobo F, Omotoso A. Giant simple hepatic cyst: a case report and review of relevant literature. *Afr Health Sci*. 2015;15:293-298.
 10. Tamura N, Ishihara S, Kuriyama A, et al. Long-term follow-up after non-operative management of biloma due to blunt liver injury. *World J Surg*, 2015;39:179-183.
 11. Debs T, Kassir R, Reccia I, Elias B, Ben Amor I, et al. Technical challenges in treating recurrent non-parasitic hepatic cysts. *Int J Surg*. 2016;25:44-48.
 12. Sayma M, Walters HR, Hesford C, Tariq Z, Nakhosteen A. Rapidly enlarging, giant hepatic cyst growing pseudomonas. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2019;12(4):e226276. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2018-226276>
 13. Hyun Sung J, Uojima H, Branch J, Miyazono S, Kitagawa I, Kako M, et al. Platypnea-orthodeoxia syndrome induced by an infected giant hepatic cyst. *Intern Med* [Internet]. 2017;56(15):2019–24. doi: <http://dx.doi.org/10.2169/internalmedicine.56.8004>
 14. Ohkoshi Y, Sato T, Murabayashi H, Sakai K, Takakuwa Y, Fukushima Y, et al. *Campylobacter upsaliensis* isolated from a giant hepatic cyst. *J Infect Chemother* [Internet]. 2020;26(7):752–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jiac.2020.02.015>
 15. Borhani AA, Wiant A, Heller MT. Cystic hepatic lesions: a re- view and an algorithmic approach. *AJR Am J Roentgenol* 2014;203:1192-1204.
 16. Marrero JA, Ahn J, Rajender Reddy K, Americal College of Gastroenterology. ACG clinical guideline: the diagnosis and management of focal liver lesions. *Am J Gastroenterol* 2014;109:1328-1347.
 17. Chen X, Cen C, Xie H, et al. The Comparison of 2 New Promising Weapons for the Treatment of Hydatid Cyst Disease: PAIR and Laparoscopic Therapy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2015;25:358-362.
 18. Soares KC, Arnaoutakis DJ, Kamel I, et al. Cystic neoplasms of the liver: biliary cystadenoma and cystadenocarcinoma. *J Am Coll Surg*. 2014;218:119-128.
 19. Xu MY, Shi XJ, Wan T, et al. Clinicopathological characteristics and prognostic factors of intrahepatic biliary cystadenocarcinoma. *Chin Med J (Engl)*. 2015;128:1177-1183.
 20. Chen KW, Chen HW, Ou TM, et al. Hepatic cystic metastatic tumors from a locally controlled nasopharyngeal carcinoma. *Adv Dig Med*. 2016;3:69-72.