

Manejo laparoscópico de un quiste hepático simple sintomático

Reporte de caso y revisión de literatura

- Dr. Francisco Javier Véliz Maldonado¹
- Dr. José Humberto Velazco de la Garza²
- Dr. Diego Alberto Guajardo Nieto³

• *Palabras clave*
 Hígado, quiste, gigante, manejo, laparoscopia.

Introducción

Los quistes hepáticos simples representan una entidad patológica rara. En 1856, Michael reportó el primer caso de quiste hepático solitario y Bristone describió el primer caso de enfermedad poliquística hepática asociada con la enfermedad poliquística renal.¹

Su frecuencia es de 1.4 a 1.6 por 1,000 y afecta menos del 5% de la población general, su transformación en carcinoma es aún más rara.²⁻⁴ Las mujeres padecen más frecuentemente esta entidad, especialmente en la cuarta y quinta décadas de la vida con una proporción mujer a hombre de 4:1.⁵

Los quistes hepáticos que se diagnostican en la sociedad occidental, en su mayoría son de origen congénito. Una forma rara de este tipo de afección es la enfermedad poliquística, que muchas veces afecta sólo los riñones, aunque en ocasiones alcanza también el hígado (51%). A continuación se presenta el caso de una paciente femenina que presenta esta patología y que fue tratada mediante un abordaje laparoscópico.

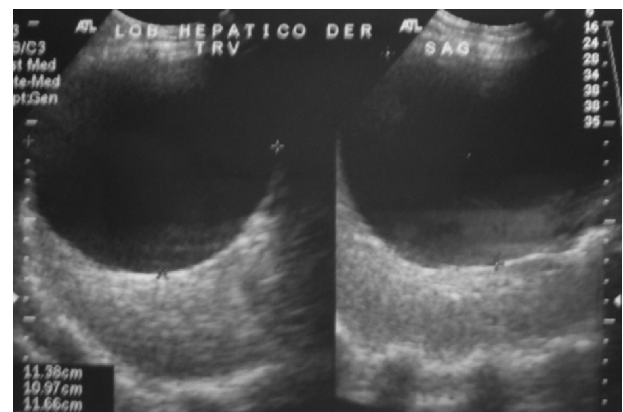
Caso clínico

Se trata de una paciente de sexo femenino de 70 años con antecedentes médicos de hipertensión arterial y alergia al yodo; quirúrgicos: histerectomía abdominal, hernioplastia ventral con malla y cistopexia. Inicia

su padecimiento actual al presentar dolor abdominal en hipocondrio derecho, ocasional, tipo cólico acompañado de náusea y sensación de saciedad temprana; la exploración física revela dolor a la palpación en hipocondrio derecho, así como la presencia de una masa en dicho sitio, la cual se palpa por debajo del reborde costal (7cm), de consistencia blanda, de bordes bien definidos, no móvil; el resto de la exploración física sin datos relevantes.

Se solicitan exámenes de laboratorio y gabinete; la biometría hemática completa, perfil de coagulación y perfil bioquímico fueron reportados como normales; se solicita ecografía de abdomen superior, la cual identifica una masa quística de bordes regulares bien definida, sin septos en su interior, en el lóbulo hepático derecho de 10.6 x 11.6 x 11.8 centímetros, con un volumen aproximado de 773 cc (Ver Figura 1).

Figura 1



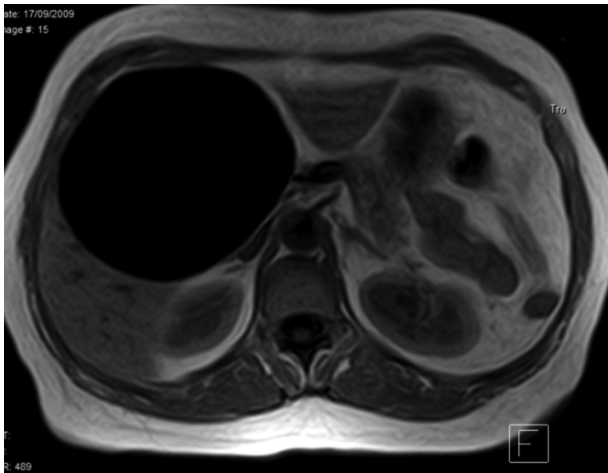
Ecografía de abdomen superior en la cual se evidencia la presencia del quiste hepático.

¹ Residente de cuarto año de Cirugía General del Programa Multicéntrico de Especialidades del Tecnológico de Monterrey-SSNL.

² Profesor del Posgrado en Cirugía General del Programa Multicéntrico de Especialidades del Tecnológico de Monterrey-SSNL.

³ Residente de primer año de Cirugía General del Programa Multicéntrico de Especialidades del Tecnológico de Monterrey-SSNL.

Figura 2



Corte axial de RMN en secuencia T1 donde se evidencia la presencia de un gran quiste hepático simple y los quistes parapielicos izquierdos.

Se decide complementar el estudio de la paciente al realizar una resonancia magnética nuclear de abdomen, la cual localiza el quiste en los segmentos 4, 5 y 8, además de mostrar la presencia de un quiste pequeño en el segmento 6 y quistes parapielicos en el riñón izquierdo. (Ver Figuras 2 y 3).

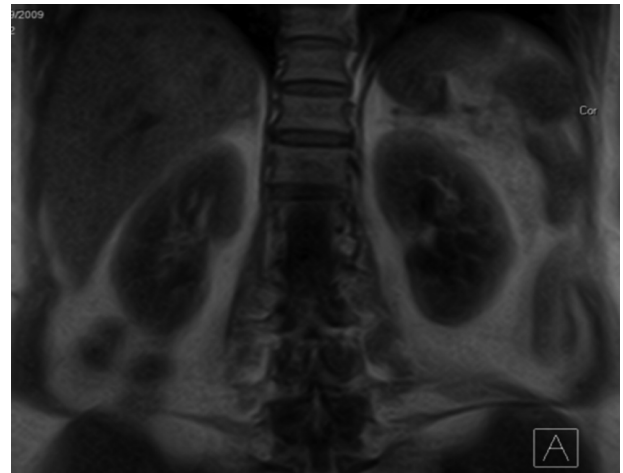
Se decide realizar la marsupialización laparoscópica del quiste, durante ésta se visualiza un quiste hepático de gran tamaño que desplaza la vesícula biliar; entonces se procede a drenar el quiste mediante punción y se obtiene un líquido cristalino que se envía a cultivo y citoquímico –se drenan 800 cc de líquido contenido por el quiste– y se procede a realizar la resección de la pared del quiste con Harmonic®; también se procede a realizar colecistectomía por vía laparoscópica y se coloca drenaje Blacke 18 Fr. (Ver Figuras 4 y 5).

Figura 4



Imagen laparoscópica del quiste hepático.

Figura 3



Corte coronal que muestra la presencia de quistes parapielicos en riñón izquierdo.

Las piezas quirúrgicas fueron enviadas a patología, la cual reporta quiste biliar simple y colecistitis crónica agudizada. La paciente cursa con una excelente evolución y egresa en su tercer día postquirúrgico.

Discusión

Los quistes hepáticos simples solitarios o asociados a enfermedad quística del riñón, como se menciona anteriormente, representan una entidad patológica que raramente es diagnosticada clínicamente, la gran mayoría de estos diagnósticos se llevan a cabo como hallazgos radiológicos o de necropsia, y sólo en pocas ocasiones –menos del 5% de la veces– ocasionan sintomatología: dolor en hipocondrio derecho, presencia de una masa palpable, náuseas, plenitud postprandial y disnea, entre las más importantes.

Figura 5

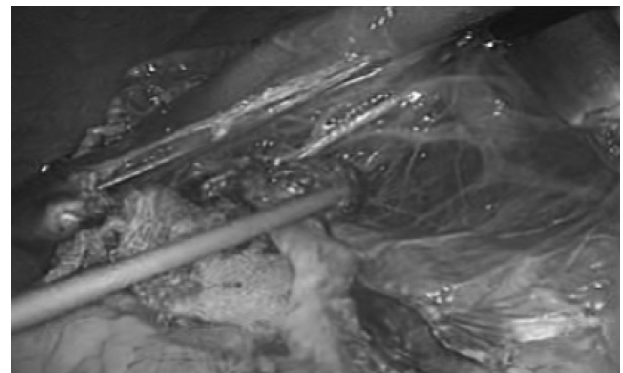


Imagen que muestra el interior del quiste una vez resecado el borde libre del mismo.

En ocasiones aparecen síntomas producidos por complicaciones, y 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 y obstrucción de la vena cava superior e hipertensión portal.⁶

Las pruebas de laboratorio suelen ser normales y el diagnóstico se basa en la clínica y estudios imagenológicos del tipo de la Resonancia Magnética, ésta es una de las más sensibles y específicas, además se utilizan otros estudios como la ultrasonografía y la TAC abdominal.⁷

El tratamiento del quiste hepático no parasitario puede ser médico o quirúrgico.⁸ El tratamiento médico de los quistes consiste básicamente en el drenaje percutáneo guiado asociado o no a escleroterapia. El cual presente una tasa de recidivas de entre el 60 y el 100% y sólo se debe reservar para aquellos pacientes sintomáticos cuyas condiciones especiales no permitan el abordaje quirúrgico.⁹⁻¹¹

En la actualidad, el tratamiento de estos pacientes es quirúrgico, existen diversas técnicas que incluyen la simple fenestración, la enucleación del quiste, la marzupialización con o sin colocación de un segmento de epiplón mayor en la cavidad del quiste, y la resección hepática parcial.^{12,13}

El primer procedimiento laparoscópico documentado en el tratamiento de los quistes hepáticos fue realizado en el año de 1991 por Z.gaggen en Alemania, y desde entonces se ha utilizado con éxito, consolidándose como un tratamiento de primera línea en el tratamiento de los quistes hepáticos simples o múltiples debido a las ventajas que este método ofrece al paciente, como la facilidad de su realización.^{14,15}

Conclusión

La enfermedad quística del hígado representa una entidad clínica rara, la cual sólo ocasionalmente presenta síntomas y es diagnosticada en la mayoría de los casos como un hallazgo radiológico, generalmente los síntomas son dados en función a su aumento de tamaño, y debido a que este crecimiento es lento, la edad de presentación oscila entre la tercera y séptima década de vida.

Los estudios de laboratorio raramente se encuentran alterados y los métodos de imagen como el ultrasoni-

do, TAC y RMC son de gran utilidad en el diagnóstico y la planeación del abordaje terapéutico. Hablando específicamente de éste, el tratamiento quirúrgico se ha establecido como el de elección. Destaca dentro de los múltiples abordajes quirúrgicos, el abordaje laparoscópico debido a la relativa facilidad para su realización y las ventajas que la mínima invasión ofrece para la recuperación del paciente.

Referencias bibliográficas:

1. Taylor R, Langer B. Current surgical management of hepatic cyst disease. *Advances in Surg* 1998; 31:127-48.
2. Caporale A, Guilani A. Surgical management of nonparasitic cysts of the liver: report 17 cases. *Dig Surg* 1993; 10:249-53.
3. Poggio JL, Nagorney DM. Surgical treatment of adult primary hepatic sarcoma. *Br J Surg* 2000; 87:1500-5.
4. Nomura K, Aizawa S. Carcinosarcoma of liver. *Arch Pathol Lab Med* 2000; 124:888-90.
5. Trotter JF, Everson GT. Benign focal lesions of the liver. *Clin Liver Dis* 2001; 5:17-42 "Citado en Ortiz González J, Gracida Mancilla NI, Sánchez Lozada R, Reyes Segura MP. Quistes hepáticos no parasitarios. *Cir Gen* 2002; 24:326-34.
6. Fernández FSA y col: Quiste hepático no parasitario. A propósito de cuatro observaciones. *Rev. Esp Enf Apar Digest* 1986; 70:79-84.
7. Soravia y et al. Surgery for adult polycyst liver disease. *Surgery* 1995;117:272-275.
8. Fernández M, Cacioppo JC, Davis R, Nora PF. Management of solitary nonparasitic liver cyst. *Ann Surg* 1984; 50:205.
9. Adachj K, Kamiya T, Nagao T, Ando T, Sui Kobayashi Y, Hirako S, Fujinami T. Giant hepatic cyst successfully treated with injection of small amount of minocycline chlorhidrie. Study of 3 cases. *Nipon Naika Gakkai, Zasshi* 1997; 86:838.
10. Davies CW, Mcintyre AS. Treatment of a symptomatic hepatic cyst by tetracycline hydrochloride instillation sclerosis. *Europ J Gastroenterol Hepatol* 1996; 8:173.
11. Yoshijhara K, Yamashiro S, Kopizumi S, Matsuo Y, Shigeru J, Kanegae S, Oda Y. Obstructive jaundice caused by non-parasitic hepatic cyst treated, with percutaneous drainage and instillation of minocycline hydrochloride as a sclerosing agent. *Inter Med* 1996; 35:373.
12. Manzano TJ, Athié GC. Cirugía laparoscópica en las enfermedades del hígado. En: Cueto J. *Cirugía laparoscópica 1a. ed.* México D.F: McGraw- Hill Interamericana, 1994:127.
13. Arenas OJ, Arrubarena AV, Espinoza FA, Hernández SL. Enfermedad quística del hígado: experiencia en el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza del IMSS. *Rev Cirujano General* 1991; 13:142.
14. Z.gaggen R, Metzger A, Kaiber C. Syntomatic simple cysts of the liver: treatment by laparoscopic surgery. *Surg Endoscop* 1991; 5: 224.
15. Morino M, DeGiuli M, Festa V, Garrone G. Laparoscopic management of symptomatic non parasitary cyst of the liver. *Ann Surg* 1994; 219:157.

Correspondencia:

Dr. Francisco Javier Véliz Maldonado

Email: drpax2703@hotmail.com