



Manejo laparoscópico de un quiste hepático gigante: a propósito de un caso.

Laparoscopic management of a giant hepatic cyst: a case report.

Jorge Fernández-Mogollón^{1,a}, César Castellanos-Custodio^{2,b}, César Uchofen-Silva^{2,b}

RESUMEN:

Los quistes hepáticos benignos han sido hallazgos casuales que han ido en aumento desde que se utiliza la ultrasonografía, pues muchas veces son asintomáticos. Es ligeramente más común en mujeres que en varones. La cirugía laparoscópica es el “gold estándar” del tratamiento en estos casos. Se presenta el caso de una mujer procedente de Lambayeque (Perú) que se mantuvo oligosintomática a pesar de poseer un quiste hepático benigno que progresivamente fue creciendo hasta alcanzar un volumen de 1569cc. Se realizó controles ecográficos. Finalmente se realizó el tratamiento por laparoscopia, realizando la técnica de “destechamiento” del quiste y fenestración. La cirugía laparoscópica se muestra como una alternativa importante para el cirujano y el paciente.

Palabras clave: laparoscopia, quistes, fenestración (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT:

Benign hepatic cysts are incidental findings that have been increasing since ultrasound is used, as many are asymptomatic. It is slightly more common in women than in men. Laparoscopic surgery is the gold standard for treatment in these cases. It is presented a case of a woman from Lambayeque (Perú) remained oligosymptomatic despite having a benign hepatic cyst which gradually grew to a volume of 1569cc. Ultrasound scans were performed. Finally, patient was treated by laparoscopy, performing the technique of “unroofing” of the cyst and fenestration. Laparoscopic surgery is shown as an important alternative for the surgeon and patient.

Key words: laparoscopy, cysts, fenestration (Source: MeSH-NLM)

INTRODUCCIÓN:

Los quistes hepáticos son raros y casi siempre descubiertos de manera fortuita, pues el uso cada vez mayor de la ultrasonografía, su frecuencia se está elevando. Sin embargo la mayoría de casos son detectados cuando se vuelven sintomáticos⁽¹⁾.

El primer caso de enfermedad quística no parasitaria del hígado fue reportado por Bristowe en 1856⁽²⁾ y enfatizando su asociación con la enfermedad poliquística del hígado. Lin y

colaboradores describieron la técnica de fenestración o “descubrimiento” de los quistes en 1968⁽³⁾.

La incidencia de esta enfermedad es difícil estimarla ya que es asintomática pero entre 1 a 5% de la población puede tener enfermedad asintomática con una incidencia en aumento con la edad⁽⁴⁾. La razón femenino/masculino es de 1,5:1 en quistes simples asintomáticos pero se incrementa a 9:1 para quistes sintomáticos o complicados⁽⁵⁾.

En el siglo XIX, se inicia la medicina moderna con la introducción de métodos innovadores para operar al ser humano, la cirugía laparoscópica se favoreció con el descubrimiento de la video-tecnología (inicialmente se realizaba con visión ocular directa), permitiendo a más personas la misma visión sobre el monitor y con ello crear un equipo quirúrgico en el cual sus componentes trabajan en sincronía (a “cielo cerrado”) como sucede en las intervenciones de cirugía clásica⁽¹⁾.

La laparoscopia es mucho más ventajosa cuando más sencilla es la intervención y más breve su duración. Estos tipos de intervenciones representan hoy el “gold estándar” por el acceso laparoscópico y deben estar en el bagaje de todos los cirujanos generales, así como ser ejecutables en cualquier estructura hospitalaria.⁽¹⁾

REPORTE DEL CASO:

Paciente mujer, de 59 años, natural y procedente del distrito de Lambayeque, de ocupación ama de casa. Acudió a consultorio de cirugía general del Hospital “Belén” (MINSA) de Lambayeque, manifestando cronológicamente lo siguiente:

1. Maestrando en Epidemiología Clínica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

2. Servicio de Cirugía. Hospital Provincial Docente “Belén” – Lambayeque.

a. Médico Auditor.

b. Cirujano General

Evolución cronológica

Refiere que en el año 1999, acudió a consulta médica por presentar síntomas compatibles con dispepsia esporádica y leve epigastralgia. Le indicaron, se realice ecografía abdominal, donde se evidencia un quiste hepático. (Fig.1-A). Posteriormente no refiere síntomas de importancia, niega dolor en cuadrante superior derecho, hasta el año 2010 que se realiza ecografía abdomino-pélvica de control (Fig. 1-B), mostrándose masa quística en lóbulo izquierdo de hígado (entre vesícula y estómago), con 160 x 80 x 113 mm (Vol: 778cc), se muestra como estructura única compuesta por 3 componentes; cápsula delgada, sin vegetaciones, de contenido anecoico, sin colecciones densas (ni hemorrágica, ni abcedación), de aspecto benigno. Diámetro longitudinal: 141mm. Además se evidencia otra imagen quística de 20mm en lóbulo derecho; parénquima hepático fino y homogéneo. Vesícula biliar: estructura piriforme, de tamaño promedio, pared vesicular de 2mm, contenido de líquido biliar anecoico, no litiasis, vías biliares intrahepáticas no dilatadas, colédoco 3mm. Páncreas, bazo, riñones, retroperitoneo y órganos pélvicos, sin alteraciones.

Con este resultado, acudió a médico quien sugirió conducta expectante y solicitó exámenes de laboratorio rutinarios, además de una prueba de ELISA para quiste hidatídico, teniendo este último resultado: NEGATIVO.

Hasta abril del 2012, refiere que se mantuvo oligosintomática, con leve aumento de volumen en cuadrante superior derecho no doloroso. En esa fecha, se realizó nueva ecografía abdomino pélvica de control, (Fig. 1-C) que mostró: amplia formación quística en hígado de paredes delgadas y finos tabiques, con dimensiones de 118 x 138 x 183mm. Volumen de 1569cc, ubicado en el lóbulo izquierdo que desplaza a la vesícula biliar. En el lóbulo derecho, se evidencia pequeño quiste simple de 21 x 25mm; venas

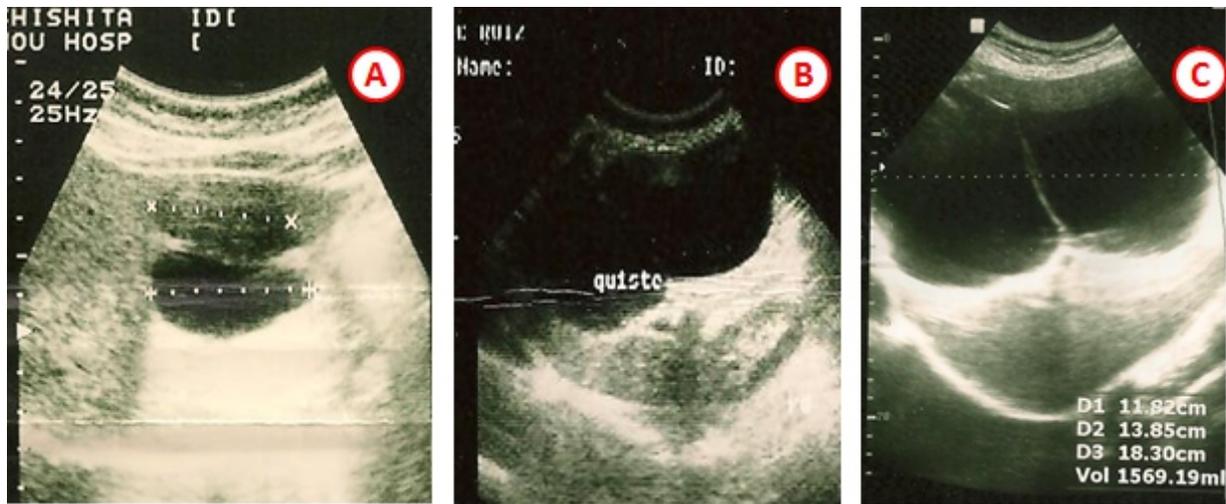


Figura 1. A) Se observa imagen compatible con quiste hepático tabicado. (Marzo 1999) **B)** Obsérvese la imagen quística en lóbulo izquierdo hepático. Volumen 778cc. (Noviembre 2010) **C)** Quiste tabicado en lóbulo izquierdo del hígado. Volumen 1 569cc. (Mayo 2012)

Con estos resultados ecográficos acudió a consulta externa de cirugía general del Hospital Provincial Docente “Belén” (MINSa), de Lambayeque, explicándosele las ventajas de la cirugía laparoscópica en el tratamiento de quiste hepático simple. Se solicitaron exámenes pre quirúrgicos y se programó para intervención laparoscópica en sala de operaciones.

Antecedentes patológicos:

Hipertensión arterial (2010), en tratamiento regular con telmisartán-hidroclorotiazida.

Examen físico general:

Aparente buen estado general, buen estado de hidratación y regular estado de nutrición. Despierta, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Piel: normocrómica, no edemas. Presión arterial: 100/60mmHg, Pulso: 84x', Respiraciones: 20x', Temperatura: 36°C.

Examen físico preferencial:

Abdomen asimétrico, leve aumento de volumen en región de cuadrante superior externo de abdomen, ruidos hidroaéreos presentes, se palpa masa subcostal que llega hasta + 3 cm no dolorosa a palpación, no se palpa nódulos en dicha masa; resto

del abdomen blando y depresible, sin irritación peritoneal. Sub matidez en hipocondrio derecho, timpanismo conservado en el resto del abdomen. Resto de aparatos y sistemas sin alteraciones.

Exámenes de laboratorio

Hemograma: leucocitos: 4,900mm³, mielocitos: 0%, abastionados: 02%, segmentados 51%, neutrófilos 53%, eosinófilos 02%, linfocitos 44%, monocitos 01%, Hemoglobina: 12,5gr/dl, hematocrito 39%, tiempo de protrombina: 13,4seg. Proteínas totales: 7,4, albúmina: 3,8, globulinas: 3,6. TGO: 19, TGP: 10.

Sedimento urinario: Leucocitos: 1-2/campo, Hematías: 0-1/campo.

Coproparasitológico seriado: Negativo. Glucosa: 95mg/dl, Creatinina: 0,72mg/dl, Urea: 27mg/dl.

Diagnóstico Pre y Post Operatorio: Quiste hepático.

Operación realizada: Debridamiento y fenestración de quiste hepático.

Hallazgos: Quiste hepático de paredes delgadas en lóbulo izquierdo hepáticos (segmentos II y III), conteniendo aproximadamente 1600ml de volumen, de aspecto citrino.

Procedimiento laparoscópico:

Identificación del quiste. Se realizó drenaje. Luego se procede al “destechamiento”, realizándose apertura de aproximadamente 11 cm en pared de quiste hepático.

Anatomía patológica:

Estudios microscópicos concluyen en que no se evidencia células neoplásicas ni procesos neoformativos. Muestras enviadas: pared extirpada del quiste y líquido intraquístico.

Evolución:

Después de la cirugía laparoscópica, la paciente permaneció hospitalizada 2 días en el servicio de Cirugía general del Hospital, con una evolución favorable. Mientras se recuperaba, refiere haber presentado sensación de “vacío” o un leve “dolor fantasma” en la zona ocupada por el quiste antes de la intervención (hipocondrio derecho). Actualmente la paciente refiere no tener molestias ni dolor en cuadrante superior derecho, realizándose sus actividades cotidianas con normalidad.

DISCUSIÓN:

El quiste hepático benigno, quiste congénito o quiste del hígado no parasitario tiene varias propuestas que explican su origen. La más prevalente es una aberración en la diferenciación embriológica del ducto biliar. La falla de la degeneración normal de los ductos biliares en el embrión puede ser responsable de las lesiones quísticas del hígado. Otra teoría propone que algunos ductos biliares aberrantes pierden comunicación con el árbol biliar durante el desarrollo y esto resulta en obstrucción e hiperplasia inflamatoria con subsecuente dilatación⁽⁷⁾.

El quiste es esférico u ovoide y varía en tamaño desde unos pocos milímetros a varios centímetros. En el caso clínico, la paciente mantuvo el quiste quizá gran parte de su vida, desde antes de su diagnóstico inicial en 1999 y su crecimiento progresivo en los últimos 2 años (de un volumen de 778cc en el 2010 a 1 569cc en el 2012).

Cuando el quiste crece causa atrofia del parénquima hepático, disminuyendo los vasos y conductos biliares. En ausencia de sangrado intraquístico, el líquido del quiste es claro y contiene agua y electrolitos sin ácidos biliares y bilirrubina. Los síntomas más comunes incluyen dolor abdominal, sensación de llenura precoz y pérdida de peso, además de masa o efecto de presión. Solamente los quistes completamente grandes pueden causar hepatomegalias suficientes; puede causar dolor abdominal superior severo, súbito que puede ocurrir debido a sangrado intraquístico, perforación o torsión de quiste pediculado⁽⁷⁾.

Llama la atención que a pesar de poseer un quiste gigante de un volumen de aprox. 1500cc, la paciente no presentó el típico dolor severo en hipocondrio derecho ya que solamente refería dispepsia y leve epigastralgia.

Es imperioso establecer un diagnóstico diferencial de quiste hidatídico siempre que existe un quiste hepático congénito. Los exámenes serológicos, como ELISA, suelen ser determinantes ya que tienen una sensibilidad muy alta para quiste hidatídico⁽⁸⁾. En el caso presentado, se obtuvo resultados negativos para este tipo de quiste.

En cuanto al tratamiento para el quiste simple, la intervención quirúrgica está indicada solamente en el paciente sintomático. Sin embargo la laparoscopia estaría justificada

en quistes que alojan un gran contenido pues podrían complicarse con sangrado, torsión o algún trauma externo. Así, la cirugía laparoscópica es el procedimiento de elección⁽⁹⁾.

La aspiración percutánea (guiada por ecografía) del contenido del quiste es el tratamiento más simple para los quistes sintomáticos, no parasitarios. Sin embargo, está asociado con una alta tasa de recurrencia⁽¹⁰⁾ así como también un considerable riesgo de infección⁽⁷⁾.

El manejo laparoscópico del quiste consiste en aspiración del contenido (Figura 2) y de fenestración del quiste donde la pared del quiste protruyendo es ampliamente escindida para permitir al quiste drenar intraperitonealmente y la extirpación del quiste⁽⁷⁾. (Figura 3).

La cuña escindida ser sobresaturada o cauterizada para hemostasia, y la cavidad del quiste debe ser inspeccionada para la presencia de bilis, que de existir comunicación biliar será suturada. Además de alcanzar resultados similares a la cirugía abierta con menos complicaciones, acortando la estadía hospitalaria y tiempo reducido de la enfermedad, la laparoscopia ofrece la ventaja de inspeccionar la superficie interna de la pared quística para observar signos de malignidad y tomar biopsias de lesiones sospechosas⁽¹¹⁾.

El descubierto laparoscópico de quistes hepáticos no complicados está asociado a una tasa de recurrencia de 10-25%, con menos morbilidad en comparación con la cirugía abierta^(12,13).

La recurrencia de un quiste hepático simple después del descubierto laparoscópico ha sido atribuida a falla en la ablación de la capa secretante de la pared del quiste; y en proporcionar adecuadas medidas para prevenir el cierre temprano del quiste tal como puede ocurrir cuando la ventana reseca es relativamente pequeña cuando se comparó al tamaño total de la cavidad quística⁽¹⁴⁾. Las complicaciones del manejo laparoscópico de los quistes hepáticos han variado desde 0-15% e incluyen disnea, efusión pleural, ascitis hemorrágica, infección y colección biliar subhepática.⁽¹¹⁾ Entonces, el manejo laparoscópico de los quistes hepáticos sintomáticos solitarios no parasitarios es permanentemente exitoso en gran mayoría de casos cuando el diagnóstico es correcto⁽¹⁵⁾.

Como podemos ver, la laparoscopia es de elección en quistes hepáticos por los aspectos ya mencionados. Sin embargo se podría decir que este procedimiento quirúrgico viene en ascenso, pues son muchos los procedimientos que pueden realizarse. De no existir contraindicaciones, la literatura reporta que la laparoscopia en cirugía general puede aplicarse en manejo de acalasia del cardias, enfermedad de reflujo gastroesofágico, hernias diafragmáticas, duodeno yeyunostomía por síndrome de Wilkie, gastrectomías, colecistectomía, apendicectomías, los mencionados quistes hepáticos benignos e hidatídicos, esplenectomías, hernioplastías, pancreático yeyunostomía, resección hepática entre muchas otras más, sin mencionar los beneficios en otras áreas, como la ginecología y la urología⁽⁷⁾.

La cirugía mínimamente invasiva es la cirugía del siglo XXI ¿qué nos espera mas adelante? Es difícil predecirlo; en algunos países desarrollados la robótica ya se aplica en la cirugía y se perfila como una alternativa interesante pues tiene como base a la laparoscopia. En esta era de adelantos, es recomendable que el cirujano tenga conocimiento de estas técnicas en beneficio de la humanidad y de sus pacientes.

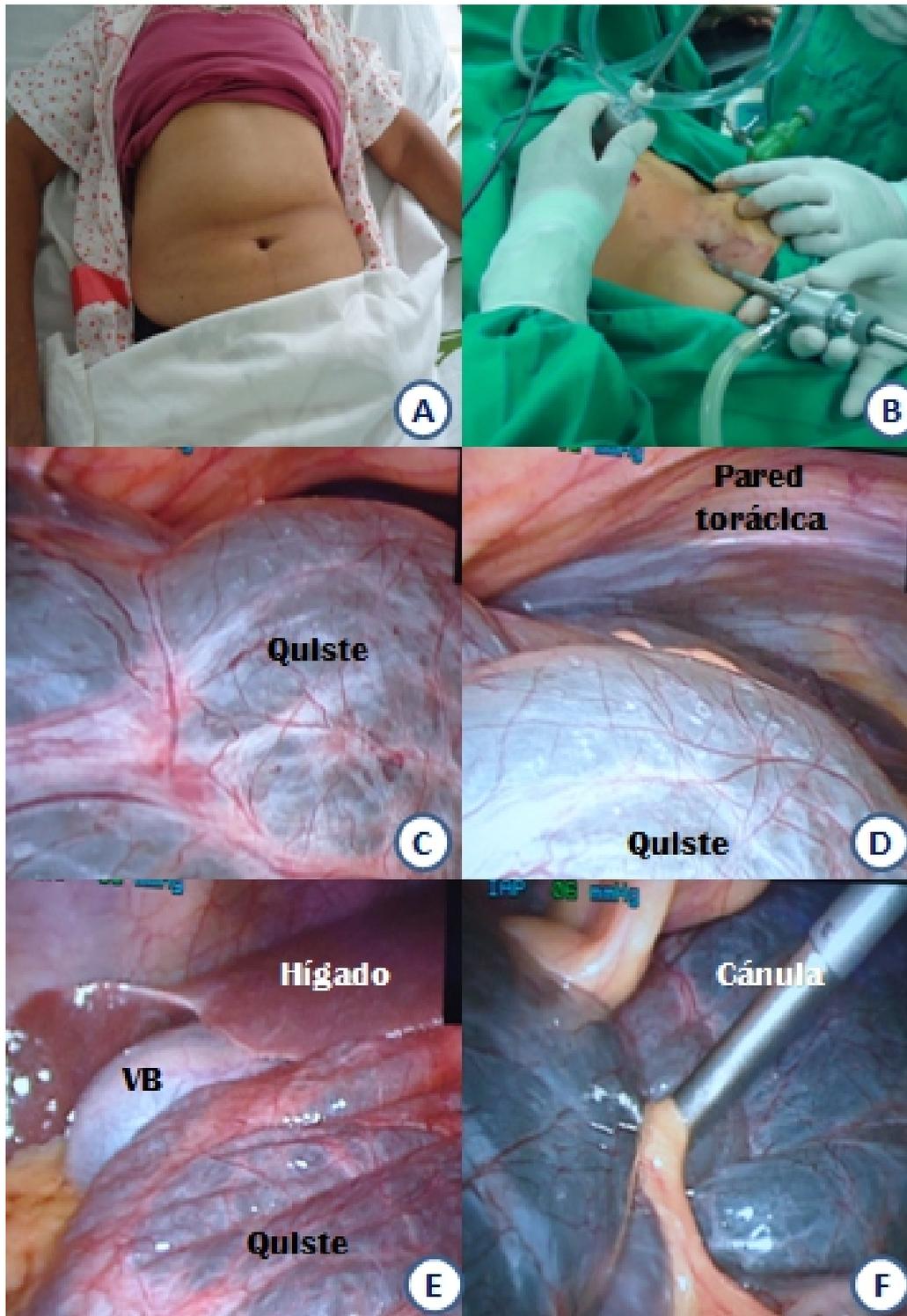


Figura 2. A) Paciente antes de la cirugía. Nótese el aumento de volumen en el cuadrante superior externo del abdomen. B) Iniciando la laparoscopia. C) Quiste evidenciado por laparoscopia. D) Quiste mostrando su aspecto tenso y vascularizado. E) Vesícula biliar (VB) desplazada parcialmente por quiste. F) Realizando la aspiración del quiste mediante cánula de succión.

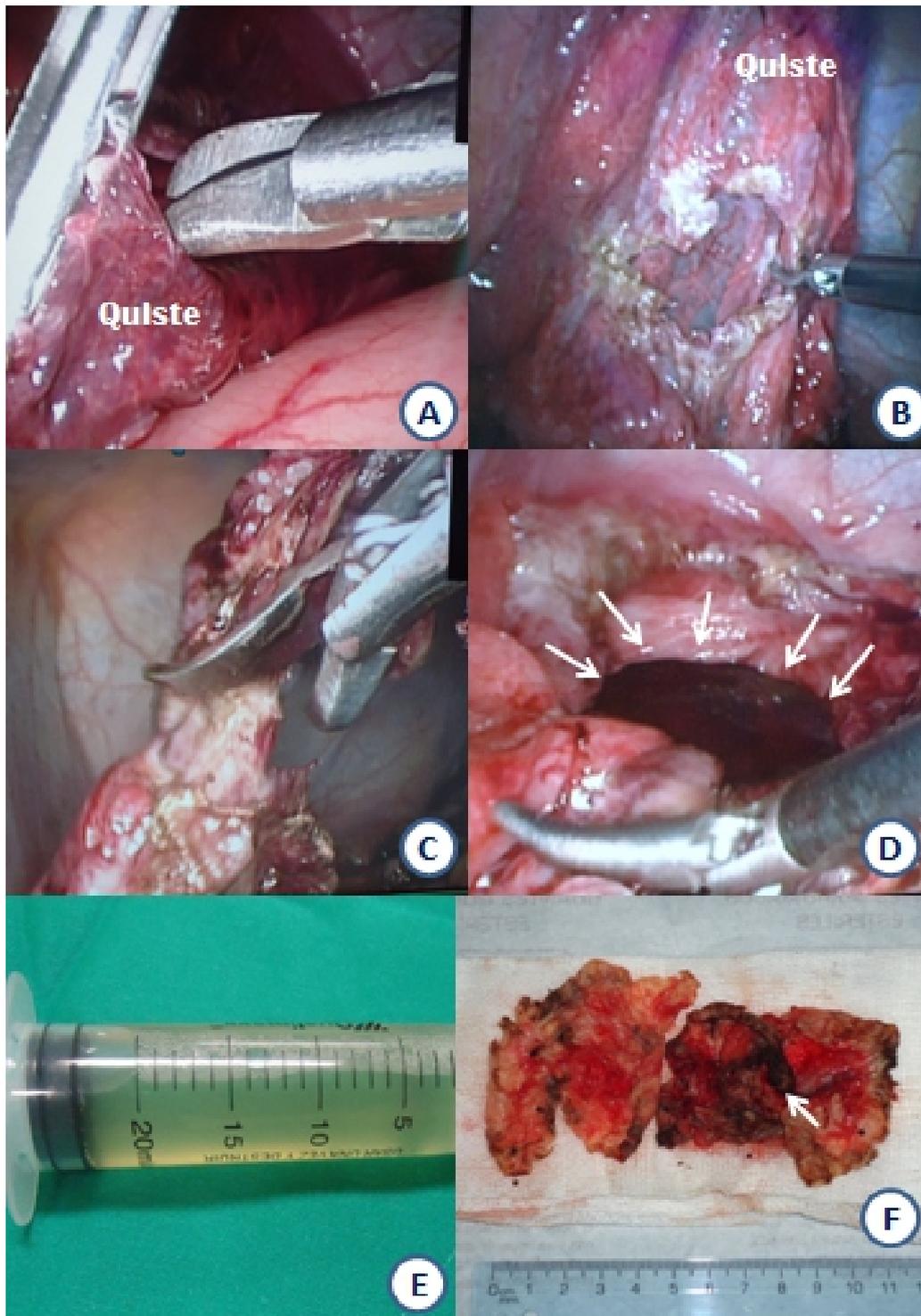


Figura 3. A) Una vez aspirado el contenido del quiste, se extirpa la pared del quiste B) Realizando la excisión de la pared del quiste con pinza de cauterio C) Terminando la extirpación de la pared del quiste D) Aspecto final del corte de la pared del quiste. Observe los bordes de la fenestración (flechas) producidos por el proceso de “destechamiento” del quiste E) Una muestra del líquido extraído; se obtuvo aprox. 1600ml F) Piezas anatómicas (2) del quiste en el post operatorio. Se realizó un destechamiento del quiste de aprox 11.5cm. Se puede ver parte de los tabiques del quiste (flecha).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Croce E. Introducción: Historia de la cirugía laparoscópica. En: Basso N, Basile F (eds.) Cirugía miniinvasiva del tórax y el abdomen. Milán: Editorial Amolca. 2010. p: 2-4.
2. Schwartz SI. Cysts and Benign tumours. In: Zinner MJ, Schwartz SI, Ellis H (eds.) Maingot's Abdominal Operations (Vol. II). 10ma edición. EEUU: Prentice Hall International Inc; 1997. p. 1547-1559.
3. Lin TY, Chen CC, Wang SM. [Treatment of non-parasitic cystic disease of the liver: a new approach to therapy with polycystic liver.](#) Ann Surg. 1968; 168(5): 921-7.
4. Caremani M, Benci A, Maestrini R, et al. [Abdominal cystic hydatid disease \(CHD\): Classification of sonographic appearance and response to treatment.](#) J Clin Ultrasound. 1996; 24(9):491-500
5. Moreaux J, Bloch P. [The solitary biliary cyst of the liver.](#) Archives francaises des Mladies de l'Appareil Digestif. 1971, 60:203-24.
6. Beecherl EE, Bigam DL, Langer B, Gallinger S. Cystic disease of the liver. En: Zuidema GD, Yeo CJ (eds). Shackelford's Surgery of the alimentary tract. (Vol. III) 5ta edición. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2002. p. 447-460.
7. Palanivelu C. El arte de la cirugía laparoscópica. (Vol. II) Editorial Amolca. India; 2011.
8. Ramírez AR, Roa BV, Tagle JF. [Hidatidosis hepática.](#) Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2006; 163:21-25.
9. Krahenbuhl L, Baer HU, Renzulli P, et al. [Laparoscopic management of nonparasitic symptom-producing solitary hepatic cysts.](#) J Am Coll Surg. 1996; 183(5): 493-8.
10. Edwards JD, Eckhauser FE, Knol JA, Strodel WE, Appemann HD. [Optimizing surgical management of symptomatic solitary hepatic cysts.](#) Am Surg 1987; 53 (9):510-4.
11. Klinger PJ, Gadenstatter M, Schmid T, et al. [Treatment of hepatic cysts in the era of laparoscopic surgery.](#) Br J Surg 1997; 84(4):438-44.
12. Gloor B, Ly Q, Candinas D. [Role of laparoscopy in hepatic cyst surgery.](#) Dig Surg. 2002; 19(6):494-9.
13. Tocchi A, Mazzoni G, Costa G, et al. [Symptomatic non parasitic hepatic cysts: options for and results of surgical management.](#) Arch Surg. 2002; 137(2):154-8.
14. Chan CY, Tan CHJ, Chew SP, Teh CH. [Laparoscopic fenestration of a simple hepatic cyst.](#) Singapore Med J. 2001; 42(6):268-270.
15. Zacherl J, Scheuba C, Imhof M, et al. [Long-term results after laparoscopic unroofing of solitary symptomatic congenital liver cysts.](#) Surg Endosc. 2000; 14(1):59-62.

Correspondencia:

Jorge Fernández Mogollón.
Correo: jorgeluis_59@yahoo.es

Revisión de pares:

Presentado: 02/06/2012
Aceptado: 28/06/2012



Consulta las ediciones anteriores

Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo



Indice Mexicano de Revistas Biomédicas Latinoamericanas

Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe,



Plataforma de Recursos y servicios Documentales



Index Copernicus International S.A



Sistema de Bibliotecas

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

