

## CASO CLÍNICO

# Quiste hepático gigante simple. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Alejandro Díaz-Girón Gidi,\* Mario Andrés González-Chávez,\* Daniel González Hermsillo-Cornejo,\*\*  
Francisco Manuel Vélez-Pérez,\* Luis Espino-Urbina,\* Víctor Visag-Castillo,\* Alan Contreras-Saldívar\*

### RESUMEN

Los quistes hepáticos son lesiones poco frecuentes. La mayoría son asintomáticos y no requieren tratamiento. Los quistes que adquieren grandes dimensiones habitualmente producen sintomatología y necesitan resolución definitiva; sin embargo, no existe un acuerdo generalizado acerca de cuál es el mejor tratamiento. La resección total del quiste ha sido considerada por muchos autores como el tratamiento de elección. Sin embargo, la resección hepática es una cirugía mayor, potencialmente con altos rangos de morbilidad y mortalidad. Para el tratamiento definitivo se han utilizado procedimientos más conservadores como el destechamiento, lo que ha traído como consecuencia menos complicaciones, pero puede asociarse con mayor recurrencia.

**Palabras clave.** Quiste hepático, laparoscopia, enfermedad hepática.

### ABSTRACT

Liver cysts are uncommon, most are asymptomatic and require no treatment. Cysts that attain massive proportions often become symptomatic and require definitive therapy but there is no agreement regarding the best treatment. Total excision of the cyst has been considered by many to be the treatment of choice, but this represents a major endeavor with potentially significant morbidity and mortality. More conservative procedures, like wide un-roofing, have been used as definitive treatment, with fewer complications but the possibility of recurrence.

**Key words.** Hepatic cyst, laparoscopy, hepatic disease.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 75 años de edad con antecedentes de apendicectomía abierta y colecistectomía abierta hace 56 y 29 años, respectivamente. Hipertensión arterial sistémica de cinco años de evolución en tratamiento. Inició su padecimiento actual cinco días previos a su ingreso al presentar dolor abdominal tipo cólico en región suprapúbica, de intensidad ENA 5/10, el cual no cedió a la administración de antiespasmódicos, además presentó aumento progresivo de volumen en hemiabdomen superior. Acudió al Servicio de Urgencias por aumento de la sintomatología. Al interrogatorio dirigido la paciente negó náusea, vómito, ictericia, acolia o coluria. En la exploración física se observó aumento de volumen en hemiabdomen superior

con predominio en hipocondrio derecho y mesogastrio. Se palpó tumoración de aproximadamente 25 x 15 cm, localizada en región subcostal derecha, dolorosa a la palpación, fija a planos profundos, de consistencia firme y lisa, no se evidencia edema de miembros inferiores, resto sin alteraciones.

Se inició protocolo de estudio realizando:

- Biometría hemática: hemoglobina de 15.8 g/dL.
- Hematócrito: 47%.
- Plaquetas: 136,  $10^3$ .
- Leucocitos  $4.8 \times 10^3/\mu\text{L}$ .
- Química sanguínea: glucosa 90 mg/dL.
- Pruebas de función hepática (PFH).
- Tiempos de coagulación normales.

\* Fundación Clínica Médica Sur. México. D.F.

\*\* Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Panamericana. México, D.F.

Correspondencia:

Dr. Alejandro Díaz-Girón Gidi

Puente de Piedra, Núm. 150. Col. Toriello Guerra. C.P. 14050. México, D.F.

Tel.: 01 5552 5683-1969. Correo electrónico: alex\_gidi@hotmail.com

Fecha de recibido: Febrero 03, 2015.

Fecha de aceptado: Marzo 12, 2015.





Figura 5. Destechamiento del quiste con Ligasure®.



Figura 6. Resección del quiste dejando defecto que ocupa la mayor parte del lóbulo hepático derecho.

Posteriormente se realizó destechamiento del quiste con bisturí armónico (Figura 5), logrando retirarlo por completo sin complicaciones (Figura 6), se colocó drenaje cerrado al final del procedimiento quirúrgico. Las piezas se enviaron a Patología, reportando quiste hepático simple con fibrosis y hemorragia reciente de la pared. Sin datos de malignidad. La paciente fue dada de alta a las 24 h después de la cirugía, con una evolución satisfactoria.

## DISCUSIÓN

La prevalencia de los quistes hepáticos es de 0.1 a 0.5% basado en estudios de autopsia y 2.5% sobre la base de exámenes de ultrasonido. Los quistes hepáticos se clasifican en cuatro grandes grupos de acuerdo con su etiología: congénitas, neoplásicas, inflamatorias y traumáticas.

Los quistes congénitos simples pueden ser solitarios o múltiples y se cree que surgen a partir del desarrollo anormal de los conductos biliares intrahepáticos en el útero.<sup>1</sup>

Los quistes hepáticos también se pueden dividir en dos categorías: no parasitarios y parasitarios. Los quistes no parasitarios son los más comunes y pueden subdividirse en simples o múltiples. Los quistes simples se ven generalmente en menos de 5% de la población general.<sup>2</sup> La mayoría de los pacientes son mayores de 40 años de edad; alcanzan tamaños gigantes casi exclusivamente en los mayores de 50 años de edad.<sup>3</sup> Los quistes múltiples que se encuentran en diversos órganos, pueden ser el resultado de enfermedad poliquística (autosómica dominante), poliquistosis renal, esclerosis tuberosa y/o enfermedad de Von Hippel-Lindau. La segunda lesión quística más común es el quiste hidatídico, que se encuentra con mayor frecuencia en áreas endémicas de *Echinococo*, como los países del Mediterráneo, Australia y América del Sur. Los quistes hepáticos son más comunes en las mujeres y generalmente ocurren en el lóbulo derecho del hígado. Los cistadenomas hepatobiliares tienen predilección por el lóbulo izquierdo del hígado. Los quistes simples son generalmente asintomáticos y se asocian con una función hepática normal. La intervención quirúrgica no está indicada a menos que el paciente presente síntomas, desarrolle complicaciones o el quiste experimente un rápido crecimiento.<sup>4</sup> Aunque los síntomas de los quistes son poco frecuentes, pueden ocurrir si el quiste se complica a causa de hemorragia intraquística, ruptura o infección bacteriana secundaria. La compresión de estructuras adyacentes puede ocurrir incluida la compresión de la vena cava inferior causando edema de las extremidades inferiores, la compresión de la vena porta que resulta en hipertensión portal o la compresión del árbol biliar resultante en colestasis.<sup>5</sup>

Los hallazgos de laboratorio son predominantemente normales, pero en algunos pacientes se observa elevación de  $\gamma$ -glutamilttransferasa (GGT).<sup>6</sup> Choi, *et al.* han demostrado que los niveles sanguíneos y del líquido del quiste pueden tener niveles elevados de antígeno carcinoembrionario (CEA) y antígeno de cáncer 19-9.<sup>7</sup>

La mayoría de los quistes simples son diagnosticados incidentalmente en USG, TAC o en resonancia magnética (RM). El diagnóstico de un quiste simple se basa en los siguientes criterios ultrasonográficos: imagen anecoica (es decir, cavidad llena de fluido), sin tabiques, bordes lisos afilados, fuertes ecos de la pared posterior (lo que indica una interfaz de fluido/tejido bien definido), esférica o de forma ovalada y una acentuación relativa de los ecos más allá del quiste en comparación con ecos en una

profundidad similar transmitida a través de tejido hepático normal adyacente.<sup>8</sup>

La TAC muestra una lesión hipodensa, homogénea y bien definida. La secuencia en T1-RM muestra la intensidad de señal baja, mientras que la secuencia ponderada en T2 muestra la intensidad de señal muy alta, lo que no mejora después de la inyección de contraste. El USG tiene una sensibilidad y especificidad de aproximadamente 90% para el diagnóstico de un quiste simple y los recientes avances en la tecnología de la TAC y la RM podrían dar lugar a mayores tasas de sensibilidad.<sup>9</sup>

Sin embargo, debido a que la TAC se acompaña con una carga de radiación y ambos TAC y la RM tienen un costo significativamente más alto, el USG sigue siendo el estudio de imagen de elección para el diagnóstico de los quistes simples.<sup>10</sup>

El tratamiento está indicado en paciente con sintomatología atribuible al quiste. La aspiración percutánea guiada por USG se asocia con una tasa de recurrencia cercana a 100%. La instalación de un agente esclerosante (por lo general, alcohol) en la cavidad del quiste ha demostrado ser más eficaz, pero se reportan tasas de recurrencia de hasta 17%. Hasta 24% de los pacientes con quistes solitarios sintomáticos eventualmente van a requerir intervención quirúrgica.<sup>11, 12</sup>

Desde que Lin, et al.<sup>13</sup> establecieron la técnica de destechamiento y drenaje del quiste, se ha convertido en el tratamiento estándar de la poliquistosis hepática y quistes simples del hígado. La tecnología actual ha permitido un abordaje mínimamente invasivo para el manejo de los quistes. Vogl, et al.<sup>14</sup> recomiendan que la punción guiada por imagenología debe utilizarse sólo para los pacientes con alto riesgo para la intervención quirúrgica.

En los últimos años, muchos procedimientos quirúrgicos abiertos han sido sustituidos por cirugía laparoscópica. Los quistes hepáticos no parasitarios y quistes gigantes del hígado han sido tratados por laparoscopia. Hay muchos informes de casos y series en la literatura que describen quistes gigantes, con diámetros de 15 a 25 cm, que fueron tratados exitosamente por acceso laparoscópico. Sin embargo, el riesgo de recurrencia con esta técnica es de 10 a 25%, y el riesgo de conversión a un procedimiento abierto es de 8.3%. Puesto que los quistes gigantes de 25 cm o más de diámetro ocupan la mayor parte del abdomen y desplaza a otros órganos, se debe tener cuidado para evitar lesiones a los órganos adyacentes al obtener acceso al abdomen.<sup>15,16</sup>

En algunas series, la tasa de morbilidad alcanza 33%. Por lo tanto, la fenestración laparoscópica debe ser una opción de tratamiento para los quistes superficiales ubicados

en zonas de fácil acceso, sobre todo en los segmentos anteriores y laterales del hígado.<sup>17</sup>

El destechamiento laparoscópico se asocia con una tasa de éxito de 75 a 100%, con una tasa de recurrencia menor a 17%, las complicaciones quirúrgicas de la vía laparoscópica incluyen dolor en el hombro, derrame pleural, ascitis, hemorragia e infección. La pared del quiste siempre debe ser examinada durante la operación para identificar tabiques o irregularidades que puedan indicar cistodemoma o cistoadenocarcinoma.<sup>18</sup>

## CONCLUSIONES

Los quistes hepáticos son comunes y rara vez requieren intervención quirúrgica. La resección parcial del quiste por vía laparoscópica es un enfoque razonable en algunos casos de lesiones hepáticas quísticas.

## REFERENCIAS

1. Gall TM, Oniscu GC, Madhavan K, Parks RW, Garden OJ. Surgical management and longterm follow-up of nonparasitic hepatic cysts. *HPB (Oxford)* 2009; 11: 235-41.
2. Nagorney DM, Sarmiento JM. Surgical management of cystic disease of the liver. *Surgery of the Liver, Biliary Tract and Pancreas*. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2007, p. 1021-31.
3. Farges O, Vilgrain V. Non-parasitic cystic diseases of the liver and intrahepatic biliary tree. *Surgery of the Liver, Biliary Tract and Pancreas*. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2007, p. 1005-20.
4. Katkhouda N, Mavor E. Laparoscopic management of benign liver disease. *Surg Clin North Am* 2000; 80: 1203-11.
5. Haap M, Seeger A, Haas CS. Giant solitary hepatic cyst. *Liver Int* 2008; 28: 840.
6. Waanders E, van Keimpema L, Brouwer JT, van Oijen MG, Aerts R, Sweep FC, Nevens F, et al. Carbohydrate antigen 19-9 is extremely elevated in polycystic liver disease. *Liver Int* 2009; 29: 1389-95.
7. Choi HK, Lee JK, Lee KH, Lee KT, Rhee JC, Kim KH, Jang KT, et al. Differential diagnosis for intrahepatic biliary cystadenoma and hepatic simple cyst: significance of cystic fluid analysis and radiologic findings. *J Clin Gastroenterol* 2010; 44: 289-93.
8. Vachha B, Sun MR, Siewert B, Eisenberg RL. Cystic lesions of the liver. *AJR* 2011; 196: W355-W366.
9. Albiin N. MRI of Focal Liver Lesions. *Curr Med Imaging Rev* 2012; 8: 107-16.
10. Hwang SH, Yu JS, Chung JJ, Kim JH, Kim KW. Diagnosing small hepatic cysts on multidetector CT: an additional merit of thinner coronal reformations. *Korean J Radiol* 2011; 12: 341-50.
11. Saini S, Mueller PR, Ferrucci JT Jr, et al. Percutaneous aspiration of hepatic cysts does not provide definitive therapy. *AJR* 1983; 141: 559-60.
12. Simonetti G, Profili S, Sergiacomi GL, et al. Percutaneous treatment of hepatic cysts by aspiration and sclerotherapy. *Cardiovasc Intervent Radiol* 1993; 16: 81-4.
13. 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: 921-7.

14. Vogl S, Koperna T, Satzinger U, Schulz F. Nonparasitic liver cysts. Overview of therapy with long-term results. *Langenbecks Arch Chir* 1995; 380: 340-4.
15. Mekeel KL, Moss AA, Reddy KS, Mulligan DC, Harold KL. Laparoscopic fenestration of giant hepatic cysts. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2008; 18: 511-3.
16. Tocchi A, Mazzoni G, Costa G, Cassini D, Bettelli E, Agostini N, et al. Symptomatic nonparasitic hepatic cysts: options for and results of surgical management. *Arch Surg* 2002; 137: 154-8.
17. Katkhouda N, Hurwitz M, Gugenheim J, Mavor E, Mason RJ, Waldrep DJ, et al. Laparoscopic management of benign solid and cystic lesions of the liver. *Ann Surg* 1999; 229: 460-6.
18. Regev A, R eddy KR, Berho M, et al. Large cystic lesions of the liver in adults: a 15-year experience in a tertiary center. *J Am Coll Surg* 2001; 193: 36-45.