

Quistes solitarios congénitos esporádicos del hígado

Sporadic congenital solitary liver cysts

Dr. Rolando Castell Avello; Dra. Aimee Capote Betancourt; Dra. Obdulia Ramírez Milán

Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Amalia Simoni. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo del tratamiento quirúrgico realizado a cuatro pacientes con quistes solitarios congénitos del hígado, en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente Amalia Simoni de Camagüey durante cuatro años, en el período comprendido entre 1997 y 2001. La edad de presentación más frecuente fue por encima de 60 años, así como el sexo femenino el más afectado. Tres de los quistes se localizaron en el lóbulo derecho. Dos de los pacientes fueron asintomáticos y los síntomas más encontrados fueron el dolor en hipocondrio derecho, síntomas generales y la tumoración palpable al examen físico. El examen diagnóstico más útil fue la ultrasonografía. La enucleación fue la técnica más utilizada, aunque no es la más recomendada. La complicación aparecida en un solo paciente fue la fístula biliar externa, que resolvió espontáneamente. No hubo fallecidos.

DeCS: FÍSTULA BILIAR/ complicaciones; QUISTES ÓSEOS; ULTRASONOGRAFÍA.

ABSTRACT

A descriptive study was carried out to four patients that underwent surgery at the Amalia Simoni General Hospital. These patients were studied for a 4 year period 1997-

2001. The most frequent age of onset was over 60, being females the prevailing patients. Three of the cysts were located on the right hypochondrium pain as a general symptom and tumor, upon palpation. Ultrasonography proved the most useful diagnostic test. Enucleation-though not the most recommended procedure was the prevailing one. The only complication (outer biliary fistula) occurred in only one patient and resolved spontaneously. No patient died.

DeCS: BILIARY FISTULA/complications; BONE CYSTS; ULTRASONOGRAPHY.

INTRODUCCIÓN

En el hígado se pueden encontrar gran variedad de lesiones quísticas. Estas pueden ser neoplásicas^{1, 2} parasitarias, traumáticas³, biliares, solitarios esporádicos congénitos, que no son transmitidas a la descendencia y la enfermedad poliquística, que puede afectar también a otros órganos como riñón, páncreas, bazo, ovarios y cerebro.^{4, 5}

Los quistes solitarios esporádicos congénitos, también conocidos como simples, fueron descritos a mediados del siglo XIX⁶. Con el advenimiento de las modernas técnicas por imágenes, la realización frecuente de laparotomías y el uso de la cirugía videolaparoscópica es común su hallazgo, lo que representa un dilema para el cirujano; estos quistes se encuentran desde el nacimiento y al momento del diagnóstico son generalmente grandes, la mayoría se descubren en edades avanzadas de la vida por tener lento crecimiento, es en este momento cuando comienzan a dar síntomas. Su tratamiento ha transitado desde grandes resecciones del hígado, acompañado de alta morbilidad, hasta el manejo video laparoscópico con todas sus ventajas.⁴⁻⁶

El objetivo de la presente investigación es describir el tratamiento empleado en cuatro pacientes portadores de quistes esporádicos congénitos del hígado, así como los resultados alcanzados.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo del tratamiento quirúrgico realizado a cuatro pacientes que padecían quistes solitarios congénitos esporádicos del hígado, en el

Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Provincial "Amalia Simoni" de la ciudad de Camagüey desde 1997 hasta el 2001. Las variables analizadas fueron la edad, síntomas y signos más frecuentes, localización predominante, complementarios más útiles, tratamiento quirúrgico empleado en esta infrecuente enfermedad y sus resultados. Se revisan, además, las recomendaciones establecidas con respecto a su tratamiento.

RESULTADOS

En esta investigación todos los pacientes tenían más de 60 años y tres de ellos fueron del sexo femenino. Dos de estos pacientes no presentaron síntomas o signos imputados al quiste, ya que uno fue hallado en el ultrasonido (USG) y el otro se encontró durante una laparotomía por otra causa.

En los pacientes sintomáticos predominó el dolor en hipocondrio derecho y uno presentó, además, tumoración palpable en esta área, astenia, anorexia y pérdida de peso moderado (Tabla 1).

Tabla 1. Síntomas y signos

Síntomas y signos	No. de pacientes	%
Asintomático	2	50
Dolor hipocondrio	2	50
Astenia y pérdida de peso	1	25
Tumoración palpable	1	25

Fuente: Historias clínicas

El examen más empleado y útil fue el USG, mediante el cual se diagnosticaron tres de los pacientes de esta investigación. El Rayos X de tórax evidenció elevación del hemidiafragma derecho en el caso del quiste gigante. Con respecto a las técnicas quirúrgicas utilizadas y sus complicaciones la más empleada fue la enucleación en dos pacientes; en otro de los enfermos se usó la resección hepática reglada, consistente en la lobectomía izquierda, y en el paciente del quiste gigante se utilizó el destechamiento amplio y abandono de parte del quiste. El destechamiento provocó la

formación de una fístula biliar postoperatoria que cerró en 10 días con tratamiento conservador (Tabla 2).

Tabla 2. Técnicas quirúrgicas y complicaciones

Técnicas quirúrgicas	No.	%	Complicaciones	No.	%
Enucleación	2	50	-	-	-
Resección hepática	1	25	-	-	-
Destechamiento	1	25	Fístula biliar	1	25

Fuente: Historias clínicas

El USG de control, realizado a los cinco meses, arrojó la presencia de un pequeño quiste en la misma localización del anterior, pero totalmente asintomático.

DISCUSIÓN

A pesar de ser esta una enfermedad que se encuentra desde el momento del nacimiento y que se origina en la vida prenatal debido a un fallo en la involución del árbol biliar, por su lento crecimiento es en edades avanzadas cuando aparecen los síntomas por la compresión sobre órganos vecinos, y no se debe olvidar que en esta edad es cuando aparecen con más frecuencia enfermedades crónicas no transmisibles que precisan investigaciones y que pudieran arrojar la presencia de insospechados quistes del hígado; también al realizarse intervenciones, por otras causas, se pueden encontrar incidentalmente estos quistes, los que, al igual que los de origen biliar, son más frecuentes en la mujer, lo que coincide con autores extranjeros y cubanos.⁷⁻⁹

Es el USG el examen de elección en estos pacientes por su favorable relación costo-beneficio porque se acompaña de un alto valor diagnóstico, además porque se realiza con mucha rapidez y es un método inocuo que evalúa las características del parénquima hepático y la presencia, o ausencia, de quistes en otros órganos abdominales. Esto se corrobora en la presente investigación, ya que fue útil en todos los casos empleados. Alto rendimiento tienen también la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética nuclear (RMN). La arteriografía ha caído en desuso y muestra imágenes avasculares con hipervascularización en sus bordes debido a los

vasos sanguíneos rechazados y comprimidos; la centelleografía hepática muestra zonas frías.^{8,9}

Para esta enfermedad se recomienda el tratamiento laparoscópico, que consiste en la fenestración múltiple de la cavidad, con o sin esclerosis, empleando etanol¹⁰⁻¹², el destechamiento amplio es una buena opción que, aunque puede dar lugar a otros quistes, éstos son de menor tamaño y asintomáticos¹³, este procedimiento también se recomienda cuando en la enfermedad poliquística hay compresión de los conductos biliares por grandes quistes¹⁴. Ambas opciones pueden ser utilizadas cuando existen múltiples quistes grandes y medianos, sintomáticos, dispersos por todo el órgano en los que no se puede realizar una resección hepática estándar. No obstante, los quistes solitarios congénitos esporádicos solo necesitan tratamiento quirúrgico cuando son sintomáticos, de no ser así, la expectación es una buena opción para estos pacientes, sobre todo si tienen un alto riesgo quirúrgico,^{15, 16} esto se debe a que raramente se pueden presentar complicaciones en estos quistes. En la enfermedad poliquística hepática si pueden existir complicaciones importantes como graves lesiones biliares y sangramientos trans y postoperatorios que requieran gran habilidad quirúrgica¹⁵⁻¹⁷ y en el manejo de los líquidos y hemoderivados para su corrección.¹⁸⁻²⁰

CONCLUSIONES

1. Los quistes congénitos esporádicos del hígado son más frecuentes en la tercera edad y en el sexo femenino.
2. La mitad de los pacientes fueron asintomáticos y el método diagnóstico más empleado y útil fue el USG.
3. La técnica quirúrgica más empleada fue la enucleación; se usó el destechamiento, y se presentó la fístula biliar externa como complicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lefkymitch JH. Epidemiología y morfología de los tumores hepáticos malignos primarios. México: Nueva Editorial Interamericana; 1981.p.159-70.

2. Blungort Helley. Hepatic-yejunostomy in bening and malingant high bile duct structure: aproaches to the left hepatic duct. *Surg.* 1984;3:27-41.
3. Bonar JP, Dorlac WC, Fagan SP. Placement of intraparenchymal liver ballon. *J Trauma.* 2001;51(5): 1028.
4. Schwartz SI, Shires GT, Speneivz FC, Fisher JE, Gallowag AC, Daly JM, et al. *Principios de Cirugía.* V2. 7ed. México: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana; 2000. p. 1487-510.
5. Zuidema GD. *Cirugía del aparato digestivo.* T3. 3ed. United States of America: Editorial Litte, Bown and Company; 1992. p. 381-3.
6. Geist DC. Solitary nomparacitic cyst of the liver. *Arch Surg.* 1995; 71: 867-80.
7. Sabiston DC, Kim Lyerly. *Textbook of Surgery: the biological basis of modern surgical practice* Sauder Company. 15 ed. Philadelphia; 1997.
8. Sierra Enrique E, Vázquez Roque J, Martínez Roman G. Quistes solitarios no parasitarios del hígado. Presentación de 9 casos. *Rev Cubana Cir.* 1999;38(2):109-15.
9. García C, Buenmeister R, Benavides C, Melo C, Covacevich S, Mege M, et al. Quistes hepáticos con observaciones diagnósticas y terapéuticas. *Rev Cubana Cir.* 1998;50 (3):276-81.
10. Chan CY, Tan CH, Chew SP, The CH. Laparoscopic fenestration of a simple hepatic cyst. *Singapore Med J.* 2001; 42(6): 268-70.
11. Moorthy K, Mihssin W, Houghton PW. The management of a simple hepatic cyst: sclerotherapy of laparoscopic fenestration. *Ann T Coll Sun Engl.* 2001;83(6):409-14.
12. Eriguchi N, Cloyag S, Kamasawa N, Nagashima J, Horiachitl. Treatments of non parasitic giant hepatic cysts. *Kurume Med J.* 2001; 48(3): 193-8.
13. Charles AR, Gupta AK, Bhatnagar V. Giant congenital solitary cyst of the liver: Report of a case. *Surg to day.* 2001;31(8):732-4.
14. Gaia S, Alessandria C, Manzano A, Rizze HM. Polycystic liver desease. *Liver Transpl* 2001;7(10):912-20.
15. Rosenfeld L, Abergel A, Bonny C, Poincloux L, Gayard P, Garcier JM, et al. Complicasted polycystic liver desease with intracystic hemorrhage and obstructive. *Singapore Med J.* 2001;42(6):268-70.
16. Burmeister R, Benavides C, García C. Resecciones hepáticas con ligadura de los portales según el código Glissoniano. *Rev Chilena de Cirugía.* 1998;50(6):61-6.
17. González Villalonga R. Resecciones hepáticas. *Rev Cub Cir.* 1987;26(6):73-82.
18. Gazzaniga GM, Filauro M, Mori L. Surgical treatment of eatrogenic lesions at proximal common bile duct. *World J Surg.* 2001;25(10):1254-5.

19. Henry S, Scarlet T. Reanimación en el nuevo milenio. Clin Quir norteam. 1999;6(3) 1237-47.

20. Boldt J. Volume therapy in the intensive care patients. We are still confused but Intens. Care Med. 2000; 26:1181-92.

Recibido: 18 de enero de 2005

Aceptado: 11 de octubre de 2005

Dr. Félix Alejandro Ramírez Labrada. Especialista de I Grado en Cirugía General.
Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Amalia Simoni. Camagüey.