

Hospital Militar Comandante "Manuel Fajardo", Santa Clara, Villa Clara.

QUISTES SOLITARIOS NO PARASITARIOS DEL HÍGADO. PRESENTACIÓN DE 9 CASOS

Dr. Eddy Sierra Enrique,¹ Dr. Javier Vázquez Roque² y Dr. Gilberto Martínez Ramos³

RESUMEN

Se estudian 9 pacientes intervenidos quirúrgicamente en los hospitales Clínicoquirúrgico Provincial Docente y Militar "Comandante Manuel Fajardo", ambos de Santa Clara, por presentar quiste solitario no parasitario del hígado. La edad de presentación predominante fue después de los 60 años, y el sexo femenino el más afectado. Siete de los quistes se localizaron en el lóbulo derecho, y 2 en el lóbulo izquierdo del hígado. El dolor abdominal y la tumoración palpable fueron los aspectos más llamativos en el cuadro clínico y el examen físico. La laparoscopia, el ultrasonido abdominal y la tomografía axial computadorizada (TAC) constituyeron los exámenes más útiles para el diagnóstico. La cistoyeyunostomía fue la técnica quirúrgica más utilizada. En 3 pacientes se presentaron complicaciones, para el 33,3 % y 1 falleció, lo que representa el 11,1 % de mortalidad.

Descriptor DeCs: QUISTES OSEOS/cirugía; HEPATOPATIAS/cirugía; YEYUNOSTOMIA/métodos

Los quistes solitarios no parasitarios del hígado constituyen una entidad conocida desde el siglo pasado. Según *Geist*,¹ el primero fue informado por *J. Michel* en 1856. Otros autores² lo atribuyen a *A. Bristowe* en 1855, pero en realidad este autor se refirió a la enfermedad poliquística del hígado.³

Es una entidad poco frecuente,^{4,5} y desde que fue descrita por primera vez por *Michel* en 1856, hasta 1980 sólo se habían reportado alrededor de 1 000 pacientes.⁶

Se señala que representan el 0,17 % de todas las laparatomías.⁷

En nuestra literatura médica tan sólo encontramos publicadas las referencias de *Alavez Martín*⁸ quien informó en 1962 un paciente no intervenido; *Macías Castro*⁹ halló en 1965, 3; 2 tratados por punción y 1 con drenaje interno; por su parte, *García Gutiérrez*¹⁰ se refirió en 1970 a un paciente intervenido con éxito por la técnica de la cistoyeyunostomía, mientras que *Codorniú* y *Sierra Enrique* informaron en 1976 a 3 pacientes que fueron operados.

¹ Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Titular y consultante. Hospital Militar "Comandante Manuel Fajardo". Santa Clara. ISCM-VC.

² Especialista de I Grado en Cirugía. Hospital Clínicoquirúrgico Provincial Docente. Santa Clara.

³ Especialista de I Grado en Cirugía. Hospital Militar "Comandante Manuel Fajardo". Santa Clara.

Con nuestro trabajo nos proponemos mostrar los resultados obtenidos en 9 pacientes que presentaban quistes solitarios no parasitarios del hígado, con diversas localizaciones, tratados mediante diferentes procedimientos quirúrgicos, de los cuales 6 forman parte de nuestra experiencia personal.

MÉTODOS

En el período comprendido entre 1970 y 1994 se trataron en los servicios de cirugía general de los hospitales Clínicoquirúrgico Provincial Docente y el Militar "Comandante Manuel Fajardo", ambos de Santa Clara, un total de 9 pacientes que mostraban quistes solitarios no parasitarios del hígado. Se tuvieron en cuenta, la edad, síntomas y signos encontrados, localización, exámenes complementarios, técnica quirúrgica utilizada, complicaciones y fallecidos. Los resultados se exponen en tablas.

RESULTADOS

En nuestro estudio, los quistes solitarios no parasitarios del hígado se presentaron con mayor frecuencia después de los 60 años de edad; del total de pacientes,⁹ 5 se correspondieron con ese grupo de edad. El sexo predominante fue el femenino, al cual pertenecían 7 de las pacientes.

No se recogieron antecedentes de interés en nuestros enfermos. Los síntomas y signos más significativos fueron el dolor en hipocondrio derecho y la tumoración palpable, que estuvo presente en 8 pacientes. Asimismo, 5 enfermos refirieron digestiones lentas de aproximadamente 6 meses de evolución (tabla 1).

TABLA 1. *Síntomas y signos*

Síntomas y signos	No. de pacientes
Dolor en hipocondrio derecho	8
Tumor palpable	8
Digestiones lentas	5
Pérdida de peso	2
Anorexia y astenia	2
Náuseas y vómitos	1

El quiste en el hipocondrio derecho se detectó en 7 de nuestros pacientes, mientras que en el lóbulo izquierdo se halló sólo en 2.

Dentro de los exámenes más útiles realizados (tabla 2) para el diagnóstico se encuentran la laparoscopia, el ultrasonido abdominal y la tomografía axial computarizada (TAC).

TABLA 2. *Diagnóstico*

Exámenes para el diagnóstico	No. de pacientes	Positivos	Negativo
Laparoscopia	7	7	—
Ultrasonido abdominal	3	3	—
TAC	2	2	—
Estómago y duodeno	5	2	3
Colangiografía	2	—	2

La radiografía de estómago y duodeno mostró en uno de nuestros casos compresión a nivel de la curvatura menor causada por un quiste del lóbulo derecho del hígado (fig.1), y en otro caso compresión del duodeno por quiste localizado en la cara inferior del lóbulo hepático derecho (fig. 2).

La figura 3 muestra un quiste localizado en el lóbulo izquierdo del hígado y la figura 4 otro situado en el lóbulo derecho.

La técnica quirúrgica más empleada correspondió a la cistoyeyunostomía (tabla 3), previa punción evacuadora del quiste y posterior abertura de éste, con realización de biopsia por congelación de la pared del quiste, reseca para descartar la malignidad.

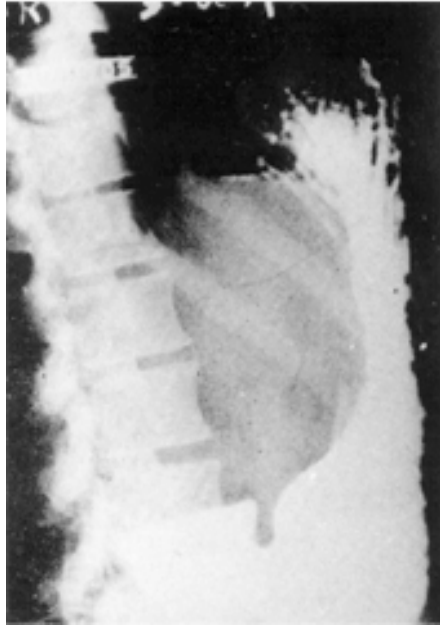


Fig. 1. Radiografía del estómago que pone de manifiesto el desplazamiento producido por la compresión del quiste hepático derecho.



Fig. 2. Radiografía del estómago que muestra el marcado acintamiento del duodeno producido por la compresión del quiste hepático derecho.

En 4 de nuestros pacientes se realizó latero-lateral con yeyuno-yeyunostomía, mediante el empleo en 3 de ellos del aparato soviético de sutura mecánica UKL-60, y la modificación de Warren¹¹ para desfuncionalizar el asa (figura 5). En el otro enfermo se hizo una cistoyeyunostomía en Y de Roux.

TABLA 3. Técnicas quirúrgicas. Complicaciones.

Técnica quirúrgica	No.	Complicación	%	Fallecidos	%
Cistoyeyunostomía					
latero-lateral	4	1	—	—	—
Cistoyeyunostomía en Y de Roux					
en Y de Roux	1	—	—	—	—
Escisión total	2	1	—	—	—
Enucleación	2	1	—	1	—
Total	9	3	33,3	1	11,1

Otras técnicas utilizadas fueron la hepatectomía parcial izquierda y la enucleación. Igualmente se observa que se presentaron complicaciones (sepsis de la herida en un paciente, y absceso de la zona operatoria en 2), los que fueron reintervenidos. Uno de los pacientes no evolucionó favorablemente, pues presentó sepsis generalizada y fallo multiorgánico después, el que le provocó la muerte.

En las 5 operaciones de drenaje interno no hubo fallecidos, mientras que en las 4 de exéresis se produjo un fallecido, para el 11,1 %.

DISCUSIÓN

El origen de esta enfermedad es muy discutido y existen diversas teorías que intentan explicarlo, como la que expresa que se origina de restos embrionarios, de con-

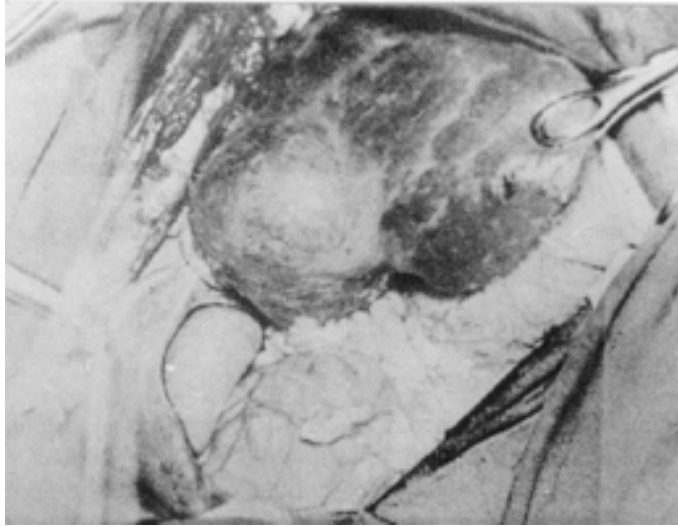


Fig.3. Fotografía que muestra un quiste solitario del hígado localizado en el lóbulo izquierdo.



Fig. 4. Fotografía que revela el quiste localizado en el lóbulo derecho del hígado



Fig.5. Fotografía del operación terminada donde se pone de manifiesto la cistoyeyunostomía, la yeyunostomía y la sutura metálica del calmp. UKL-60.

ductos biliares aberrantes, obstruidos por un proceso congénito o de hipertrofia inflamatoria, y la que se basa en el hallazgo de epitelio ciliado en 1 caso y deduce que se trata de quistes enterógenos heterotópicos. Longmire¹² lo atribuye a la inclusión de células mesoteliarias del peritoneo en el parénquima hepático durante el desarrollo embrionario. Una de las teorías más aceptadas es la de Norris y Tyson¹³ quienes plantean que esta enfermedad es causada por un defecto congénito del desarrollo, y observan que en los embriones humanos entre 15 y 20 mm, existe una producción masiva de conductos biliares, mientras que el resto del hígado se desarrolla normalmente.

Los conductos biliares en exceso tienden a la degeneración y en algunas ocasio-

nes presentan formaciones quísticas; en cambio, en los sujetos con esta enfermedad no se produce este fenómeno de reabsorción en el momento preciso, por lo que persiste el proceso degenerativo junto a las formaciones quísticas.

Aunque los quistes hepáticos no parasitarios son considerados una entidad poco frecuente, pensamos que en parte ello se debe a que un determinado número de estos casos son asintomáticos y constituyen hallazgos necrópsicos.¹³ Otras veces aparecen al practicar una intervención quirúrgica por otro motivo, o son diagnosticados al investigar otra entidad.^{13,14}

Por constituir una enfermedad congénita y de evolución muy lenta, no se manifiesta hasta alcanzar etapas avanzadas, casi siempre por la compresión del quiste sobre los órganos vecinos.^{15,16}

En nuestro trabajo, 5 de los enfermos son mayores de 60 años y predomina el sexo femenino sobre el masculino,^{6,17,18} lo que pudo comprobarse en nuestra revisión donde 7 enfermos son mujeres.

En cuanto a la localización, estos quistes son más frecuentes en el lóbulo derecho del hígado^{6,14,17} (7 pacientes en nuestra serie) y cuando se manifiesta clínicamente los síntomas más importantes son el dolor en hipocondrio derecho o epigastrio y la masa palpable,^{19,20} presentes ambos en el 100 % de los casos estudiados. También se reportan molestias pospandriales,¹⁵ observadas en algunos de nuestros enfermos, y las molestias alérgicas informadas por algunos autores¹⁴ también se encontraron en nuestros pacientes. En ocasiones aparecen síntomas producidos por complicaciones, y en este sentido las más frecuentes son: icteria obstructiva, abdomen agudo por torsión del pedículo, perforación del quiste a cavidad libre, hemorragias intraquísticas, cuadro séptico por infección del líquido y obstrucción de la vena cava.^{3,4,18,21,22}

Las pruebas de laboratorio, así como la de función hepática, suelen ser normales^{5,12,18} como ocurrió en nuestros pacientes. Actualmente los métodos de diagnóstico más utilizados son la ecografía y la TAC;^{12,17,19} no obstante, otros exámenes complementarios pueden ser de utilidad, entre ellos la gammagrafía hepática, que detecta el quiste como un área fría, pero sin especificar su naturaleza, y las radiografías simples de tórax y abdomen, las cuales permiten ver los desplazamientos viscerales en los grandes quistes.^{6,12} Los estudios contrastados de estómago y duodeno pueden reflejar estos mismos resultados, como se corrobora en 2 de nuestros pacientes, que presentaron compresiones de la curvatura menor del estómago y del duodeno respectivamente. El estudio laparoscópico es de gran utilidad, pues permitió emitir el diagnóstico en 4 de nuestros enfermos y lo corroboró en 3, ya que la localización habitual de los quistes los hace muy asequibles para su visualización laparoscópica.

El tratamiento de los quistes sintomáticos es su exéresis quirúrgica. La escisión total constituye el tratamiento de elección¹⁰ sobre todo en los quistes pequeños situados en el lóbulo izquierdo, en el borde anterior del lóbulo derecho y en los pediculados. En los situados profundamente, esto puede lograrse mediante una hepatectomía reglada o atípica.⁶

Otras técnicas descritas son: punción, inyección de sustancias esclerosantes, marsupialización, enucleación y derivaciones internas.^{6,10-12} Conocemos que algunos autores reservan los drenajes internos para los casos en que no se puede extirpar totalmente el quiste,^{6,19} pero en nuestra casuística se realizaron 5 derivaciones internas, luego de corroborada la benignidad del quiste. Todos los enfermos en que se aplicó esta técnica contaban con más de

60 años, y teniendo en cuenta los riesgos de las resecciones hepáticas en estos grupos de edades, se decidió el empleo de dicha técnica.

Hasta el momento no ha habido recidivas de los quistes y la única complicación posoperatoria que se presentó fue la sepsis de la herida en un paciente. A 2 de los enfermos se les realizó la hepatectomía parcial en los quistes localizados en el lóbulo izquierdo, uno de los cuales fue necesario reintervenir por presentar un absceso de la zona operatoria. El único fallecido en nuestra casuística correspondió a un enfermo de 74 años al que se le practicó una enucleación del quiste; posteriormente se reintervino por presentar un absceso abdominal y evolucionó desfavorablemente con sepsis generalizada y fallo multiorgánico, lo que se comprobó mediante la necropsia realizada.

Desde el punto de vista histológico puede decirse que el contenido de estos quistes es un líquido más o menos viscoso, de coloración que varía entre el claro amarillento y el marrón oscuro cuando se producen hemorragias. Suele ser rico en urea, leucocitos y proteínas. La pared quística se encuentra formada en su cara interna por un revestimiento epitelial cúbico o aplastado, columnar y a veces escamoso. En esta serie no hubo malignidad en ninguno de los 9 operados; la morbilidad fue del 33,3 % y la mortalidad del 11,1 %.

En conclusión podemos decir:

1. Los quistes solitarios no parasitarios del hígado se mostraron con mayor frecuencia en el sexo femenino y en pacientes de más de 60 años.
2. La localización más frecuente fue en el lóbulo hepático derecho.
3. El dolor abdominal y la tumoración palpable constituyeron los síntomas y signos más frecuentes en nuestros pacientes.

4. La laparoscopia, el ultrasonido abdominal y la tomografía axial computadorizada fueron los exámenes más útiles para el diagnóstico.
5. La cistoyunostomía fue la técnica quirúrgica que más se realizó, sin encontrar recidivas.
6. La escisión total constituye el tratamiento de elección en los quistes situados en el lóbulo izquierdo del hígado o en el borde anterior del lóbulo derecho.
7. El estudio histológico realizado a todos los casos demostró que se trataba de quistes verdaderos con epitelio pseudoestratificado.
8. La morbilidad fue del 33,3 % y la mortalidad del 11,1 % en los pacientes tratados por resección, en contra de una mortalidad nula en las operaciones de drenaje interno.

SUMMARY

9 patients that were operated on at the Provincial Clinical and Surgical Teaching Hospital and at the "Comandante Manuel Fajardo" Military Hospital, both in Santa Clara, for presenting solitary nonparasitic hepatic cyst were studied. It appeared mainly in patients over 60, and females were the most affected. 7 of the cysts were located in the right lobule and 2 in the left lobule of the liver. Abdominal pain and palpable tumors were the most important aspects in the clinical picture and in the physical examination. Laparoscopy, abdominal ultrasound and CAT were the most useful tests for the diagnosis. Cystojejunostomy was the most used surgical technique. 3 patients had complications, accounting for 33.3 %, and 1 died, which represents 11.1 % of mortality.

Subject headings: BONE CYSTS/summary; LIVER DISEASES/surgery; JEJUNOSTOMY/surgery.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Geist DC. Solitary nonparasitic cyst of the liver. *A.M.A. Arch Surg* 1995;71:867-80.
2. Chatterjee SN. Nonparasitic cyst of the liver. *Indian Med Assoc* 1965;45:79-81.
3. Saul García JL, Porrero Carro E, Vicente López P, Llamas Zúñiga P, Moreno Caparros A. Trombosis de la vena cava como complicación de la enfermedad poliquística hepática. *Cir Esp* 1984;38(6):121-5.
4. Austin EH, Mitchell GE, Olipahnat H, Killenberg P, Oddson T, Thompson WM, et al. Solitary hepatic cyst and benign bile duct polyp. *Surgery* 1981;89:359-63.
5. Coutsofitides T, Hermann RE. Nonparasitic cysts of the liver. *Surg Gynecol Obstet* 1974;138:906-10.
6. Gómez Palacios A, Sustacha Manzarraga J, Abasola Vega J, Ereño Zarate C, Fernández FJ, Elexpuro Camiruaga JA. Quiste solitario no parasitario de hígado en paciente con coledocolitiasis. *Cir Esp* 1985;39(1):131-4.
7. Santelipo PH, Beahrs OH, Weiland LH. Cyst diseases of the liver. *Ann Surg* 1974;179:922-5.
8. Alavez Martin E. Quiste congénito solitario del hígado. *Rev Cubana Med* 1962;34-38.
9. Macías Castro I. Quiste hepático solitario. *Rev Cubana Med* 1965;4(4):385.
10. García Gutiérrez P, Rojas HM, Nodarse PO. Quistes solitarios no parasitarios del hígado. Presentación de un caso tratado mediante cistoyunostomía. *Rev Cubana Cir* 1970;9:65-70.
11. Warren KW. Modification of the Roux procedure. *Surg Clin North* 1965;45:611-5.
12. Longmire WP. Hepatic surgery: trauma, tumors and cysts. *Ann Surg* 1965;161:1-14.
13. Fernández FSA, Ortiz Aguilar M, Cortés Gómez M, Blond AB, Tello López JI, Donis SJ. Quiste hepático no parasitario. A propósito de cuatro observaciones. *Rev Esp Enf Apar Digest* 1986;70(1):79-84.
14. García GR, Pajares GJM. Poliquistosis congénita hepatorenal en un adulto de 61 años. *Rev Clin Esp* 1976;141(2):
15. García Correa F, Febles Molina G, Pérez Frías P, González BJV, Mederos Aparicio JR, Benítez León E. Quiste seroso hepático. *Rev Esp Enf Apar Digest* 1987;72(4-II):457-9.

16. Ramírez BEJ, Hermosillo JM, Sedano CA, Peregrina GS. Quiste solitario gigante no parasitario de hígado. Informe de un caso. Rev Méd 1984;22(6):381-6.
17. Ayé TT, Middlemiss JH. Unusual presentation of nonparasitic hepatic cyst. Br J Radiol 1977;50:440-3.
18. Brunel L. Rupture of a solitary nonparasitic cyst of the liver. Report of a case. Act Chir Scand 1974;140:159-60.
19. Sánchez GF, Taboada Filgueiras L, Gómez Freijoso C, Maceiras Quintana F. Quiste hepático gigante no parasitario. Cir Esp 1987;41(2):374-6.
20. Suso Alea FJ, Sánchez Fernández F, Cuadrado I, Gómez Alonso A. Enfermedad poliquística hepática. A propósito de un caso. Rev Esp Enf Aparar Digest 1989;72(2):189-91.
21. Clinkscale NB. Obstructive jaundice secondary to benign hepatic cyst. Radiology 1985;154(3):643-4.
22. Priest RJ. Quiste del hígado no parasitario. En: Bockus. Henry L. Gastroenterología. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1984;t3:597-607.

Recibido: 6 de enero de 1997. Aprobado: 13 de febrero de 1997.

Dr. *Eddy Sierra Enrique*. Hospital Militar "Comandante Manuel Fajardo", Santa Clara, Villa Clara, Cuba.