

## QUISTE NO PARASITARIO DEL HIGADO. RESULTADOS Y REVISION DE LA LITERATURA.

*Dr. José Paulino Revé Machado<sup>1</sup>, Dr. Ángel Píriz Momblant<sup>2</sup>.*

### RESUMEN

Se realiza un estudio prospectivo en 18 pacientes egresados del servicio de cirugía general con el diagnóstico de quiste no parasitario del hígado a los cuales se le realizó la marsupialización interna con electrocoagulación de los bordes en el período comprendido entre el 1 de octubre de 1999 y el 30 de marzo del 2003. Se dan a conocer nuestros resultados y se realiza una revisión de la literatura. La edad promedio fue de 59 años DS±13 y el sexo predominante fue el femenino (67.0 %). La localización más frecuente del quiste fue en el lóbulo derecho (66.7 %). Los aspectos clínicos más llamativos fueron el dolor en hipocondrio derecho (100%) y el tumor palpable, en el 78 % de los pacientes. El ultrasonido y la laparoscopia fueron los medios diagnóstico más útiles en los pacientes con 100.0 % de positividad, respectivamente. El proceder quirúrgico utilizado fue la marsupialización con electrocoagulación de los bordes en el 100.0% de los pacientes, sin morbilidad ni mortalidad post operatoria. La estadía hospitalaria entre las 8 y las 36 horas fue de 94.4 %.

**Palabras clave:** HEPATOPATIAS/cirugía; QUISTES/cirugía; CIRUGIA ASISTIDA POR VIDEO.

### INTRODUCCION

El quiste no parasitario del hígado constituye una entidad poco frecuente<sup>1,2</sup> a pesar de ser conocida desde el siglo XIX. Según Geist<sup>3</sup>, el primer caso notificado de quiste no parasitario del hígado corresponde a J. Michel en 1856, aunque otros autores<sup>4</sup> lo

<sup>1</sup> *Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.*

<sup>2</sup> *Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor asistente.*

atribuyen a A. Bristowe en 1855, quien se refirió a la enfermedad poliúística del hígado.<sup>5</sup>

En nuestra literatura médica encontramos algunas referencias de Álvarez Martín<sup>6</sup>, quien informó en 1962 el caso de un paciente no intervenido; Macías Castro<sup>7</sup>, en 1965, registró 3 pacientes; de ellos, 2 tratados por punción y uno tratado mediante drenaje interno. En 1970, García Gutiérrez<sup>8</sup> hace referencia de 5 pacientes, más uno intervenido por él, mediante la técnica de la cistoyeyunostomía. En 1977, Agüero Bello<sup>9</sup> reinforma el primer caso en un niño. En 1987, Píriz Momblant<sup>10</sup> comunica acerca de 10 pacientes, los cuales se operaron y se les realizó marsupialización interna a través de una laparotomía.

A pesar del rápido avance de la cirugía mínimamente invasiva, el mejor equipamiento técnico y de instrumental de gran versatilidad, la cirugía video-laparoscópica aplicada a la solución de entidades del hígado tratadas quirúrgicamente ha tenido un avance y difusión limitados; sin embargo, no han permanecido ajenos a la expansión de sus indicaciones.

En lo concerniente a las enfermedades benignas del hígado se han publicado trabajos acerca del tratamiento de los quistes no parasitarios<sup>11,12</sup>, en la cirugía video-laparoscópica del quiste hidatídico hepático<sup>13,14</sup> y de la enfermedad poliúística del hígado.<sup>13,15</sup>

Nuestra experiencia inicial pretende demostrar la utilidad del tratamiento, a través de la video-laparoscopia, del quiste no parasitario del hígado comparando nuestros resultados con los de la cirugía convencional.

## **METODO**

Se realizó un estudio prospectivo y descriptivo en pacientes egresados del servicio de cirugía general, a los cuales se les realizó la marsupialización interna a través de la video-laparoscopia, por presentar quistes no parasitarios del hígado en el período de tiempo comprendido desde el 1 de octubre de 1999 hasta el 30 de marzo del 2003.

El universo de estudio estuvo comprendido por 18 pacientes que resultaron ser el total de intervenidos quirúrgicamente por video-laparoscopia durante el período de tiempo que duró el estudio.

El dato primario se introdujo y se procesó en una computadora, con el paquete estadístico Epi Info 6. Los resultados se exponen en tablas para su mejor análisis e interpretación y se hacen comparaciones de algunas de las variables con pacientes afectados de quistes no parasitarios del hígado y tratados con los procedimientos de la cirugía convencional.

## RESULTADOS

En nuestro estudio, la edad promedio fue de 59.0 años,  $DS \pm 13$ , y el sexo predominante fue el femenino, con el 67.0 %.

En los pacientes, los síntomas y signos más llamativos fueron el dolor en el hipocondrio derecho, en el 100.0 % de nuestros pacientes, y el tumor palpable, en 14 pacientes (78.0 %).

Entre los estudios diagnósticos efectuados a los pacientes (Tabla 1), el ultrasonido abdominal se le indicó a los 18 pacientes, con el 100.0 % de positividad, y la laparoscopia a 10 pacientes, también, con el 100.0 % de positividad.

La localización más frecuente de los quistes no parasitarios del hígado fue el lóbulo derecho, con 12 pacientes (66.7 %), seguido del lóbulo izquierdo, con 5 pacientes (27.8 %) y un paciente en ambos lóbulos (5.5%) (Tabla 2).

Los 18 pacientes (100.0%) fueron intervenidos quirúrgicamente por video-laparoscopia y se les realizó la marsupialización interna del quiste (destechamiento) con electrocoagulación de los bordes. De estos pacientes, a 6 (33.3 %) se les efectuó la colecistectomía y a 3 (16.7 %) la omentoplastia de la cavidad residual del quiste. (Tabla 3).

En la Tabla 4 se observan los resultados comparativos entre el método quirúrgico convencional y la video-laparoscopia, en los cuales no hubo morbilidad ni mortalidad quirúrgica.

La estadía hospitalaria (Tabla 5) de menos de 36 horas fue registrada en el 94.4 % (17 pacientes).

## DISCUSION

El origen de esta entidad es muy discutida, y existen diversas teorías que intentan explicarlo, como la que plantea que se origina de restos embrionarios de conductos biliares aberrantes obstruidos por un proceso congénito o de hipertrofia inflamatoria, y la que se basa en el hallazgo de epitelio ciliado y deduce que se trata de quistes enterógenos heterotróficos. Longmire<sup>17</sup> lo atribuye a la inclusión de células mesoteliales del peritoneo en el parénquima hepático durante el desarrollo embrionario.

Una de las teorías más aceptadas es la Norris y Tysson<sup>18</sup>, quienes plantean que esta entidad es causada por un defecto congénito del desarrollo, y observan que en embriones humanos, entre 15 y 20 mm, existe una producción masiva de conductos

biliares, mientras el resto del hígado se desarrolla normalmente. Los conductos biliares en exceso tienden a la degeneración y, en algunas ocasiones, presentan formaciones quísticas; en cambio, en los sujetos con esta entidad no se produce este fenómeno de reabsorción en el momento preciso, por lo que persiste el proceso degenerativo junto a las formaciones quísticas.

Heason, en 1952, propone una clasificación de los quistes hepáticos, la cual exponemos por su utilidad práctica.

I- Congénitos

Quiste solitario (Multilocular o unilocular).

Enfermedad poliquística difusa.

II - Traumáticos.

III - Inflamatorios.

Específicos.

Inespecíficos.

IV- Neoplásicos.

Benignos.

Malignos.

Al considerar el impacto y éxito de la cirugía mínimamente invasiva, especialmente en lo que respecta a la cirugía laparoscópica y luego en otras áreas con enfermedades abdominales, es natural comprender y esperar su aplicación y difusión en el tratamiento quirúrgico de las entidades del hígado. En la actualidad existen varios informes de quistes no parasitarios del hígado tratados mediante cirugía mínimamente invasiva.<sup>11,12,15</sup>

A pesar de que los quistes hepáticos no parasitarios son entidades poco frecuentes, consideramos que, en parte, esto se explica porque un número determinado de estos casos son asintomáticos y constituyen hallazgos necrópsicos<sup>18</sup>; otras veces, aparecen al efectuar una intervención quirúrgica por otros motivos, o son diagnosticados al investigar un dolor abdominal<sup>18,19</sup>; por constituir una entidad de evolución muy lenta no se manifiesta hasta alcanzar etapas avanzadas, generalmente por compresión del quiste sobre órganos vecinos.<sup>20,21</sup>

La edad promedio y el sexo femenino predominaron en nuestro estudio, lo cual coincide con la literatura revisada.<sup>20,21</sup>

La mayoría de los pacientes cursan asintomáticos, sin trastornos de la función hepática, y son diagnosticados incidentalmente; sólo el 5% de los pacientes son sintomáticos, y manifiestan dolor en hipocondrio derecho, sensación de repletura,

trastornos dispépticos y, al examen físico, tumor palpable en el cuadrante superior derecho.<sup>20</sup>

Ocasionalmente, aparecen síntomas provocados por complicaciones, y en este sentido las más frecuentes son: la ictericia obstructiva, la perforación del quiste en la cavidad abdominal, la hemorragia intraquística, la infección y obstrucción de la vena cava<sup>1,5,23</sup>, la torsión del quiste, cuando es pediculado, lo cual se manifiesta por un intenso dolor<sup>7-9,24</sup> y una rara complicación es la malignización del quiste.<sup>25,26</sup>

El diagnóstico es difícil de establecer si no se tiene un alto índice de sospecha, y en la mayoría de las veces son hallazgos por ultrasonido, laparoscopia y TAC<sup>2,18,22</sup> que aportan el 100.0 % de positividad; sin embargo, prescindimos de este último estudio al no contar con él en nuestra provincia. La laparoscopia es un estudio de gran valor, sobre todo en aquellos quistes localizados en los segmentos hepáticos anterolaterales II al VI, según Katkbow y sus colaboradores.<sup>27</sup>

No hay pruebas de laboratorio específicas.<sup>2,18,23</sup> Las imágenes radiológicas están en relación con la localización del quiste y la compresión que produzca de las vísceras vecinas. La gammagrafía hepática y las radiografías simples de tórax y abdomen suelen ser útiles (18, 26).<sup>18,26</sup>

El lóbulo hepático más afectado suele ser el derecho<sup>7,8,19,23,26,28</sup>, lo cual coincide con nuestro trabajo.

El tratamiento puede ser médico o quirúrgico; en el primer caso, consiste en la aspiración percutánea, guiada por el ultrasonido, y puede complementarse con la inyección de sustancias esclerosantes como el formaldehído o el alcohol, por su alta recurrencia, cercana al 100.0 %; estos métodos están siendo abandonados.<sup>29,30</sup>

Cuando el quiste alcanza un tamaño como para producir síntomas, éste debe ser tratado quirúrgicamente con el objetivo de descomprimirlo y evitar las recurrencias. Las operaciones empleadas son numerosas; las más utilizadas son las siguientes.<sup>8</sup>

#### I -. Operaciones de drenajes.

A: Drenaje externo: Punción y aspiración.

Drenaje con sonda.

Marsupialización.

B: Drenaje Interno: Cistogastrostomía.

Cistoyeyunostomía en Y de Roux.

Cistocolecistostomía.

#### II -. Operaciones de exéresis:

Excisión.

Resección parcial y taponamiento con epiplón.  
Resección parcial, dejando abierta la cápsula peritoneal.  
(Marsupialización interna).

De todos estos procedimientos nosotros escogimos la resección parcial, dejando abierta la cápsula hacia la cavidad peritoneal, por considerarse un proceder sencillo y, hasta el momento, sin morbilidad ni mortalidad en nuestra casuística; se logró así el objetivo de evitar las recidivas, en coincidencia con otros autores.<sup>12,16,31-33</sup>

Porreau, citado por García Gutiérrez<sup>8</sup>, afirma que el líquido segregado por el quiste sería absorbido por el peritoneo, y recomienda esta técnica en todos los casos que no tengan comunicación biliar, ni estén infectados. Krabenbul<sup>32</sup> refleja sus resultados en 8 pacientes operados sin morbilidad, y concluye que el tratamiento de elección es el destechamiento laparoscópico amplio de la parte externa del quiste. En todos los casos deben inspeccionarse cuidadosamente las paredes del quiste en busca de lesiones sospechosas de malignidad, en cuyo caso no debe vacilarse en la conversión (laparotomía) para la realización de un proceder resecativo.<sup>33</sup>

La cirugía mínimamente invasiva de los quistes no parasitarios del hígado está contraindicada cuando el estudio preoperatorio con TAC ó con la resonancia magnética plantea la posibilidad de un cistoadenoma o un cistoadenocarcinoma, situaciones que exigen la extirpación completa del quiste, inclusive la segmentectomía o la hepatectomía, para evitar la transformación maligna del tejido remanente y las recurrencias.

Las complicaciones peroperatorias más serias a tener en cuenta en la cirugía video-laparoscópica del hígado son la hemorragia, la bilirragia y el embolismo gaseoso, esta última de rara aparición.<sup>34</sup> Al comparar nuestros resultados a través de la video-laparoscopia con los obtenidos por Píriz a través de una laparotomía (Tabla 4), se observa que en ambas series no hubo morbilidad ni mortalidad quirúrgica, y no hay diferencia alguna, por lo cual se infiere que nuestro método es bueno y se apoya en las ventajas que ofrece la video-laparoscopia.

La estadía hospitalaria de nuestros pacientes es baja, ya que no rebasa las 36 horas (94.4%); esto se debe a la puesta en práctica en nuestra provincia de la cirugía de corta hospitalización, desarrollada exitosamente por Revé y sus colaboradores, en el servicio de cirugía general.<sup>35</sup>

## **CONCLUSIONES**

1. Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente por video-laparoscopia y se les realizó la marsupialización interna del quiste (destechamiento) con electrocoagulación de los bordes. No hubo morbilidad ni

mortalidad quirúrgica, lo cual demuestra las ventajas de este proceder mínimamente invasivo.

2. Los pacientes comprendidos en la década de los 60 años fueron los más afectados, y el sexo predominante fue el femenino.
3. Los síntomas y signos más llamativos fueron el dolor en el hipocondrio derecho y el tumor palpable.
4. Entre los estudios diagnósticos efectuados a los pacientes, el ultrasonido abdominal y la laparoscopia fueron los de mayor positividad.
5. La localización más frecuente de los quistes no parasitarios del hígado fue la del lóbulo derecho.
6. La estadía hospitalaria fue baja.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Austin A N, Michell G E, Olipahnat N, Killenberg P, Oddson T, Thomson W M, *et al.* Solitary hepatic cyst and benign bile duct polyp. *Surgery* 1981; 89: 359-63.
2. Coutsofitides T, Nermann R E. Nonparasitic cysts of the liver. *Surg Gynecol Obstet* 1974; 138: 906-10.
3. Geist D C. Solitary nonparasitic cyst of the liver. *A M A Arch Surg* 1995; 71: 867-80.
4. Chatterjee S N. Nonparasitic cyst of the liver. *Indian Med Assoc.* 1965; 45: 79-81.
5. Saúl García J L, Porrero Carro E, Vicente López P, Llamas Zúñigas P, Moreno Caparrós A. Trombosis de la vena cava como complicación de la enfermedad poliquística hepática. *Cir Esp* 1984; 38 (6):121-25.
6. Álvarez Martín G. Quiste congénito solitario del hígado. *Rev Cubana Med* 1962; 34-38.
7. Macías Castro I. Quiste hepático solitario. *Rev Cubana Med* 1965; 4 (4): 385
8. García Gutiérrez A, Rojas H M, Nodarse P O. Quistes solitarios no parasitarios del hígado. Presentación de un caso tratado mediante cistoyeyunostomía. *Rev Cubana Cir* 1970; 9: 65-70.
9. Agüero Bello N, Chacón Marrón V. Quiste hepático solitario no parasitario. *Rev Cubana Ped* 1977; 49 (4): 465-472.

10. Píriz Momblant A, Leguén Cardosa J, Suárez Salazar D, Santell Odio F. Quiste solitario no parasitario del hígado. Trabajo presentado en la II Jornada Científica Territorial de las Provincias Orientales, 26 sept 1987.
11. Sánchez N, Gagner M, Rossi R, *et al.* Surgical disease Am J Surg 1991; 1991: 113-116.
12. Labette S K, Starker P M. Laparoscopic resection of nonparasitic liver cyst. Surg Endosc 1994; 8: 1105-1107.
13. Khoury G, Geagea T, Najj A, *et al.* Laparoscopic treatment of hydatid cyst of the liver. Surg Endosc 1994; 8: 304-308.
14. Luján Mompeán J, Parrilla Paricio R. Laparoscopic treatment of a liver hydatid cyst. Surg 1993; 80: 907-908.
15. Kabbej N, Sauvanet A, Chauveau D, *et al.* Laparoscopic fenestration in polycystic liver disease. Br J Surg 1996; 83: 1967-1968.
16. Marino M, De Glulim M, Festa V, *et al.* Laparoscopic management of symptomatic nonparasitic cysts of the liver. Ann Surg 1994; 219:157-164.
17. Longmire W P. Hepatic surgery, trauma, tumors and cyst. Ann Surg 1965; 161: 1-14.
18. Fernández FSA, Ortiz Aguilar M, Cortés Gómez R, 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.
19. García GR, Parajes GJM. Poliquistosis congénita hepatorenal en un adulto de 61 años. Rev Clin Esp 1976; 141: 12.
20. García Correa F, Febles Molina G, Pérez Frías P, González B J V, Mederos Aparicio J R, Benítez León E. Quiste seroso hepático. Rev Esp Enf Apar Digest 1987; 72 (4-11): 457-459.
21. Ramírez BEJ, Hermosilla JM, Sedan CA, Peregrina GS. Quiste solitario gigante no parasitario del hígado. Informe de un caso. Rev Med 1984; 22 (6): 381-386.
22. Ayé TT, Middlemiss JM. Unusual presentation of nonparasitic cyst. Br J Radiol 1977; 50:440-443.
23. Brunet L. Rupture of a solitary nonparasitic cyst of the liver. Report of case. Act Chir Scand 1974; 140: 159-160.
24. Sciff I. Enfermedades del hígado 4ta. ed T 3, La Habana: Ed Rev 1984: 1247-1250.
25. Sánchez GF, Tabeada Filquieras L, Gómez Freijoso C, Maceiras Quintana F. Quiste hepático gigante no parasitario. Cir Esp 1997; 41 (2): 374-376.

26. Gómez Palacios A, Sustacha Manzarraga J, Abasola Vega J, Ereño Zarata C, Fernández F J, Elexpuro Camiruaga J A. Quiste solitario no parasitario de hígado de paciente con coledocolitiasis. *Cir Esp* 1985; 39 (1): 13-14.
27. Katkhouda N, Hurwitz M, Gugengeim J. Laparoscopic management of benign-solid. *Surg Endosc* 1996; 10: 57-59.
28. Suieras F A, Buera SM. Quistes serosos biliares (no parasitarios) del hígado. *Rev Esp Ap Digest* 1982; 61: 6, 498-502.
29. Kairuloma M I, Leiononen A, Stahlberg M. Percutaneous aspiration and alcohol sclerotherapy for symptomatic hepatic cysts. *Ann Surg* 1996; 210: 208-215.
30. Saini S, Mueller P, Ferrucci J T. Percutaneous aspiration of hepatic cysts does not provide definitive therapy. *A I R* 1993, 141: 559-560.
31. Lin T Y, Chen C C, Wang S M. Treatment of nonparasitic cysts disease of the liver: a new approach to therapy with polycystic liver. *Ann* 1968, 168: 921-927.
32. Krahenbuhl K, Baer H, Renzulli P. Laparoscopic management of nonparasitic symptom producing solitary hepatic cysts. *J Am Coll Surg* 1996; 183: 493-498.
33. Z´graggen K, Metzgen A, Ktalber C. Symptomatic simple cysts of the liver by laparoscopic surgery. *Surg Endosc* 1998; 5: 224-225.
34. Yacoub O F, Cardona I, Coveler L A. Carbon dioxide embolism during laparoscopy. *Anesthesiology* 1982; 57:533-535.
35. Revé JP, Montenegro D. Cirugía de corta hospitalización en la provincia de Guantánamo. Trabajo de Terminación de Residencia. 2003: 42-43.

**TABLA 1. ESTUDIOS DIAGNOSTICOS.**

TIPO EXAMEN	No.	POSITIVO	NEGATIVO
Ultrasonido abdominal	18	18	
Laparoscopia	10	10	
Rx estómago y duodeno	3	2	1
Colangiografía	2		2

**TABLA 2. LOCALIZACION DEL QUISTE.**

LOCALIZACIÓN	No.	%
Lóbulo derecho	12	66.7
Lóbulo izquierdo	5	27.8
Ambos lóbulos	1	5.5
Total	18	100.00

**TABLA 3. TECNICA QUIRURGICA.**

TÉCNICA	No.	%
Destechamiento	9	50.0
Destechamiento y colecistectomía	6	33.3
Destechamiento y omentoplastia	3	16.7
Total	18	100.0

**TABLA 4. TABLAS COMPARATIVAS.**

AUTOR / AÑO	EDAD	SEXO %
Píriz 81-89	X60.2 DS± 13	F 90.0 M 10.0
Revé 99-03	X59.0 DS± 13	F 67.0 M 33.0

AUTOR / AÑO	LÓBULO %			DIÁMETRO CM		RANGO CM	OP. REALIZADA*
	D	I	A	X	DS±		
Píriz 81-89	50.0	50.0		X12.0	DS± 5.0	6-20	Laparotomía Marsupialización interna
Revé 99-03	66.7	27.8	5.5	X9.0	DS± 1.6	6-12	video-laparoscopia Marsupialización interna

\* En ambas series: No complicaciones. No fallecidos.

**TABLA 5. ESTADÍA HOSPITALARIA.**

<b>HORAS</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>8-12</b>	<b>6</b>	<b>33.3</b>
<b>13-24</b>	<b>3</b>	<b>16.7</b>
<b>25-36</b>	<b>8</b>	<b>44.4</b>
<b>&gt;36</b>	<b>1</b>	<b>5.6</b>
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>