

## Artículos

- **Quiste hepático gigante. Descripción de un caso**
- **Introducción**
- **Descripción clínica**
- **Discusión**
- **Referencias**

### Elirub Rojas

edlcprojas@hotmail.com

Médico Cirujano, Residente Asistencial de Medicina Interna

### María Luisa Gabriel

Gastroenteróloga. Hospital "Dr Luis Alberto Rojas". Cantaura. Estado Anzoátegui.

### Gastroenterología

## Quiste hepático gigante. Descripción de un caso

Fecha de recepción: 12/07/2008

Fecha de aceptación: 03/10/2008

**INTRODUCCION:** Los quistes solitarios del hígado constituyen una entidad conocida desde el siglo pasado. Es una entidad poco frecuente y desde que fue descrita en 1856 hasta 1980 se han reportado alrededor de 100 pacientes. Se señala que representa el 0,17% de las laparotomías exploradoras. **OBJETIVO:** Presentar un caso individual de quiste hepático gigante. **PRESENTACION DE CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 30 años de edad, natural y procedente de Anaco, Estado Anzoátegui, sin antecedentes de asma, hipertensión arterial, diabetes. Se inicia la enfermedad actual 3 meses antes de su consulta (Enero 2006), cuando comienza a presentar aumento del perímetro abdominal, dolor difuso en hemiabdomen superior de leve intensidad, llenura postprandial, hiporexia, pérdida de peso no cuantificada, pirosis, regurgitación, y oliguria. Acude al Hospital Luis Alberto Rojas de Cantaura en Mayo de 2006 por persistencia de la sintomatología. Se evidencia al examen físico: abdomen globoso a expensas del hemiabdomen superior y el flanco derecho palpándose borde hepático inferior a nivel de fosa iliaca derecha, de superficie regular, renitente y percutiéndose el borde superior a nivel 4to espacio intercostal derecho. La hepatometría arrojó los siguientes valores: en línea paraesternal izquierda (LPI) 19cm, línea paraesternal derecha (LPD) 22cm, línea medioclavicular derecha (LMC) 25cm y línea axilar anterior derecha (LAA) 29 cm. Ecosonograma abdominal revela: hígado aumentado de tamaño debido a un quiste que abarca todo el lóbulo derecho. La tomografía abdominal (TAC) helicoidal con contraste muestra elevación del hemidiafragma derecho que compromete la base del tórax, imagen ocupante de espacio en todo el lóbulo derecho del hígado, de bordes lisos regulares, con diámetros longitudinal, transversal y antero-posterior de 21,9cm, 17,4 cm y 17cm respectivamente, coeficiente de atenuación homogéneo con efecto compresivo sobre el segmento medio del lóbulo izquierdo, descendiendo el riñón derecho y con efecto compresivo sobre la cavidad gástrica y las asas intestinales. El paciente es ingresado para evaluar la posibilidad de realizar drenaje e instilación de sustancias esclerosantes, siendo referido a Centro asistencial tipo IV donde practican procedimiento con obtención de secreción serosa de aproximadamente 2000cc. Paciente en control ecográfico sucesivo. **DISCUSION:** Por constituir una enfermedad congénita y de evolución lenta no se manifiesta hasta alcanzar etapas avanzadas, casi siempre por compresión del quiste sobre los órganos vecinos.

**Palabras Claves:** Quiste hepático gigante, hepatopatía congénita, tratamiento del quiste hepático

### Title

Giant hepatic cyst. Description of a case

### Abstract

**INTRODUCTION:** Solitary cysts of the Liver, constitutes a well known entity since last century. They represent 0.17% of exploratory laparotomies. Cystical disease of the Liver is the result of congenital, hereditary malformations, where the basic injury consists of macroscopic or microscopic cysts. The size and localization of hepatic cysts is variable, affecting one or both lobules, being more frequent in the right lobe. **OBJETIVE:** To present an individual case of a giant hepatic cyst. **CLINICAL CASE:** Female patient of 30 years of age, coming from Anaco,

Anzoátegui State, without antecedents of asthma, arterial hypertension or diabetes. Her complaints began 3 months before his consultation (January 2006), she complained of: increase of the abdominal perimeter, diffuse pain in abdomen of slight intensity postprandial fullness, hiporexia, non quantified weight loss, pirosis, regurgitation and oliguria. The patient is admitted to Hospital Luis Alberto Rojas of Cantaura in May of 2006 by persistence of her sintomatology. Physical examination: globose abdomen, especially in the superior hemiabdomen and the right flank . Rx PA of thorax and abdomen, showed elevation of the right hemidiafragma. Liver ecosonogram revealed a cyst that included all of the right lobe. An abdominal helical tomography (TAC) showed space occupying lesion consistent with a liver cyst. The patient was treated with drainage and instillation of esclerosating substances into the cyst, this produced about 2000ml of a serous secretion. Patient was discharged and is presently being followed ecosonographically DISCUSSION: Liver cysts are reviewed, and current therapeutic approaches are discussed.

### Key Word

Giant liver cyst, treatment of liver cysts

### Introducción

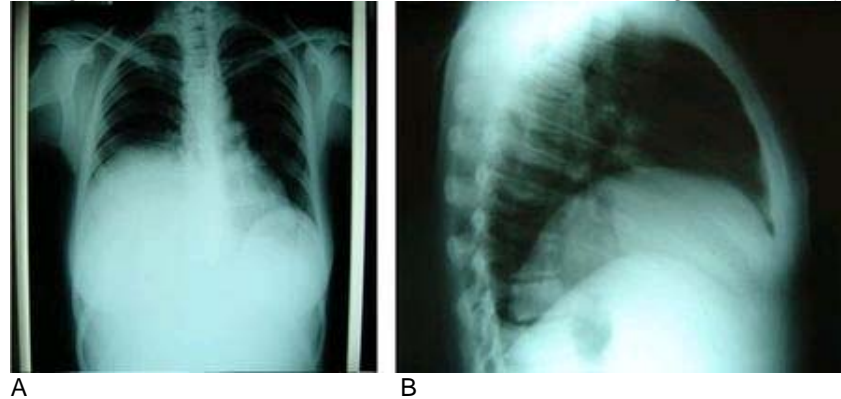
Los quistes solitarios del hígado constituyen una entidad conocida desde el siglo pasado. Según Geist y col(1) el primero fue informado por J.Michel en 1854, otros autores lo atribuyeron a A .Bristowe en 1855 (2). Es una entidad poco frecuente y desde que fue descrita en 1856 hasta 1980 se han reportado alrededor de 1000 pacientes(3) Se señala que representa el 0,17% de las laparatomías exploradoras. (2)La frecuencia mundial es baja por su carácter asintomático y relativamente común. Se ha informado una prevalencia de 2 al 7,81% . En una serie publicada en la Clínica Mayo ,Sanfelippo y col analizaron 150 casos de quiste hepáticos de 80000 exploraciones abdominales , desde Enero 1954 hasta Diciembre de 1971 encontrando 82 quistes hepáticos gigantes de los cuales 15 sintomáticos , con una incidencia cerca de 17 casos por cada 10.000 laparotomías , serie que refleja lo encontrado por Henson y col (1907 a 1953) quienes reportaron 77 quistes hepáticos siendo 38 solitarios con incidencia similar a la serie de Sanfelippo. En Noviembre de 1990 hasta Noviembre de 1992 en la Clínica Quirúrgica de la Universidad de Turín ,Italia , se estudiaron 17 pacientes con quiste hepáticos solitarios no parasitarios , 13 en mujeres y 4 hombres con edades entre 36 y 67 años con diámetro entre 9 a 20 cm de diámetro. La enfermedad quística del hígado es el resultado de malformaciones congénitas, hereditarias o no, donde la lesión básica consiste en quistes macroscopicos o microscópicos (4). Su origen es discutido, multifactorial y existen teorías que afirman que se origina de restos embrionarios, de conductos biliares aberrantes, obstruidos por un proceso congénito o de hipertrofia inflamatoria (1) o bien como malformaciones embrionarias de células epiteliales pluripotenciales derivadas del intestino anterior (5). Otra teoría sustenta su origen en la inclusión de células mesoteliales del peritoneo en el parenquima hepático durante el desarrollo embrionario(1,6). Según Fernández y col (7) la enfermedad es causada por un defecto congénito del desarrollo y se observa que en embriones humano entre los 15 y 20mm existe una producción masiva de conductos biliares mientras el resto del hígado se desarrolla normalmente. (7) El tamaño y localización de los quistes hepáticos es variable, pudiendo afectar uno o ambos lóbulos, siendo mas frecuente en el lóbulo derecho del hígado (5). Los quistes simples contienen liquido seroso y no se comunican con el árbol biliar intrahepatico, los quistes grandes producen atrofia del tejido hepático adyacente.(4) . Al corte el parenquima presenta un aspecto en panal de abeja, la pared es fina con epitelio columnar, cuboide o plano con contenido liquido claro en su interior sin bilis (5). Entre los diagnósticos diferenciales se encuentran los abscesos, quistes hidatídicos (calcificaciones en la pared), enfermedad poliquistica, cistoadenoma, cistoadenocarcinoma, hiperplasia nodular focal.

La baja frecuencia de esta patología motivó la presentación de el presente caso

### Descripción clínica

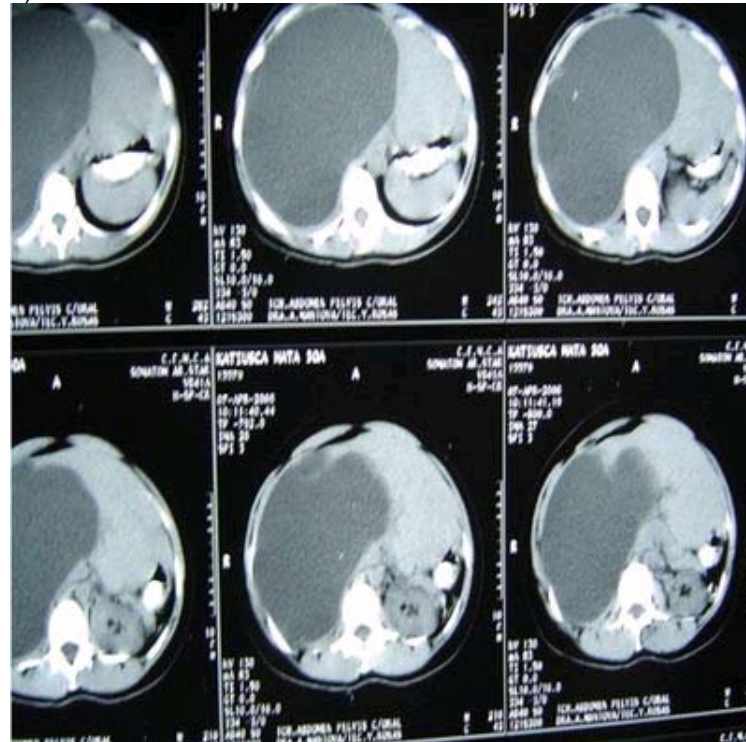
Paciente femenina de 30 años de edad, natural y procedente de Anaco, Estado Anzoátegui, sin antecedentes patológicos, se inicia su enfermedad actual 3 meses antes de su consulta (Enero 2006) cuando comienza a presentar aumento del perímetro abdominal, dolor difuso en hemiabdomen superior de leve intensidad, llenura postprandial, hiporexia, perdida de peso no cuantificada, pirosis, regurgitación y oliguria. Acude al Hospital "Luis Alberto Rojas" de Cantaura en Mayo de 2006 por exacerbación de los síntomas. Al examen físico se evidencia: abdomen

globoso a expensas del hemiabdomen superior y el flanco derecho, palpándose borde hepático inferior a nivel de la fosa ilíaca derecha, de superficie regular, renitente y borde superior a nivel 4to espacio intercostal derecho, la hepatometría reveló los siguientes valores: en la línea paraesternal izquierda (LPI) 19cm, línea paraesternal derecha (LPD) 22cm, línea medioclavicular derecha (LMC) 25cm y línea axilar anterior derecha (LAA) 29cm. En la radiografía PA de tórax se observa: elevación del hemidiafragma derecho. (Fig. 1)



**Figura 1.(A) RX PA de tórax, (B) RX Lateral de torax, ambas mostrando la marcada elevacion del hemidiafragma derecho.**

El Ecosonograma abdominal reveló: hígado aumentado de tamaño con un quiste único que abarca todo el lóbulo derecho. La tomografía abdominal (TAC) helicoidal con contraste se observa elevación de hemidiafragma derecho que compromete la base del tórax. Imagen ocupante de espacio en el hígado, con elevación de la cúpula de hemidiafragma derecho y ocupando todo el lóbulo derecho del hígado, de bordes lisos regulares con diámetros longitudinal, transverso y antero-posterior de 21,9cm, 17,4cm y 17cm respectivamente. (Fig 2 y 3)



**Figura 2. TAC de abdomen, mostrando el quiste hepático ocupando el lóbulo derecho.**



**Figura 3 .TAC de abdomen, vista ampliada del quiste hepático gigante.**

Coeficiente de atenuación del LOE homogéneo con efecto compresivo sobre segmento medio de lóbulo izquierdo, descenso del riñón derecho y efecto compresivo sobre la cavidad gástrica y las asas intestinales. Exámenes de laboratorio: leucocitos 9800/mm<sup>3</sup>, 72% segmentados, 28% linfocitos, Hb 12,6g/dl, PLT 240.000/mm<sup>3</sup>, VSG 18mm/1h, examen de orina normal, examen de heces normal, TGO 47u TGP 65u BT 1,5 BD0,75 BI. 0,7 Ingresa para evaluar posibilidad de drenaje e instilación de sustancias esclerosantes siendo referido a Centro asistencial tipo IV donde practican el procedimiento con obtención de secreción serosa de aproximadamente 2000cc . El estudio histopatológico reveló revestimiento epitelial cuboidal con zona de parenquima sano y material proteináceo . El paciente egresa y se mantiene en control ecográfico sucesivo por consulta externa.

### Discusión

Los quistes hepáticos son considerados una entidad poco frecuente, ello tal vez se deba a que un determinado número de casos son asintomáticos y constituyen hallazgos necropsícos (1,4). Predomina en el sexo femenino con una relación 4:1.(5,8) Existe como entidad única o múltiple, con factor hereditario en combinación con otras afecciones de las vías biliares y asociada al complejo de Von Meyenburg. Se hereda de forma autosómica dominante con una incidencia del 0,06 al 0,13% (5). Se asocia con enfermedad fibroquistica renal en el 51,6 % de los casos. Esta asociación no se encontró en este caso. Por constituir una enfermedad congénita y de evolución lenta no se manifiesta hasta alcanzar las dimensiones que producen efectos compresivos sobre los órganos vecinos lo cual suele ocurrir entre la 4ta y 5ta década de la vida según Thomson, J 1988 y Know, L (10). Solo el 5 al 10% presentan síntomas, siendo los más importantes: el dolor en hipocondrio derecho, presencia de una masa palpable, náuseas, plenitud postprandial, y disnea. En ocasiones aparecen síntomas producidos por complicaciones y en este sentido las más frecuentes son: ictericia obstructiva, perforación, hemorragia intraquistica, ruptura hacia el peritoneo, torsión del pedículo, cuadro séptico por infección del líquido y obstrucción de la vena cava superior e hipertensión portal. (5). Las pruebas de laboratorio suelen ser normales y el diagnóstico se basa en la clínica y estudios imagenológicos del tipo de la Resonancia Magnética, siendo ésta una de las más sensibles y específicas, además se utilizan otros estudios imagenológicos como la ultrasonografía y la Tac abdominal. El tratamiento varía de acuerdo al tamaño, y ubicación de los quistes. El tratamiento conservador mediante el drenaje percutáneo guiado por tomografía axial computarizada, es temporal, y se utiliza cuando existen contraindicaciones para procedimientos mayores, por la necesidad de las recurrencias. (11 ,12). Debido al gran tamaño que pueden alcanzar y su ubicación, frecuentemente amerita cirugía convencional con fenestración, enucleación, resección hepática y en casos extremos trasplante. Actualmente el tratamiento laparoscópico es una excelente alternativa para drenar por medio de fenestración los quistes solitarios (13).

### Referencias

1. Gust,DC.: Solitary nonparasitic cyst of the liver.A.M.A Arch Surg 1995;71:867-80
2. Austin EH, Mitchell GE, Oliphant M, Killenberg P, Oddson T, Thompson WM, Chitwood WR,

Jones RS.: Solitary hepatic cyst and benign bile duct polyp: a heretofore unheralded association. *Surgery* 1981;89:359-63

3. Lastiri, A y col.: Quiste hepatico gigante: Tratamiento laparoscopico. Informe de un caso. *Rev Hosp Met*, 2001;1:100-103

4. Ramirez, D y coll: Giant hepatic cyst. Report on one case. *Rev Cir Gen*, 2001;23:56-59

5. Fernandez FSA y col: Quiste hepatico no parasitario. A proposito de cuatro observaciones. *Rev Esp Enf Apar Digest* 1986; 70 :79-84.

6. Taylor, R; Langer, B: Surgical treatment of giant hepatic hydatid cysts  
*Am J Surg* 2004;187:288-290

7. Tim, R y Roger, M .: Solitary liver cysts in children: not always so simple  
*J Ped Surg* 2007;42:333-339

8. Thomsen, J .: Liver disease. *Acta Med Scand*, 1988;67:2347-2354.

9. Akihiro Okano y col: Alcohol sclerotherapy of hepatic cysts: its effect in relation to ethanol concentration. *Hepatology Research*, 2000;3: 179-184

10. Kwok, L y col.: Polycyst liver disease *Am J Surg Pathol* 1988;78:908-913

11. Soravia y et al.: Surgery for adult polycyst liver disease. *Surgery* 1995 ;117:272-275

12. Klingler, P y Schwelberg, HC.: Late complication after laparoscopic fenestration of a liver cyst. *Surg Laparosc Endosc* 1998;8:76-77

13. Farges, O; Bismuth, H.: Fenestration in the management of polycystic liver disease. *Rev Esp Enf Dige* 1997;89:329-331

14. Morino, C; De Giureli.: Laparoscopic management of symptomatic nonparasitic cyst of the liver, indication and result. *Annals Of Surg*. 1994;219:157-166.

15. Sanfelippo, P y col.: Cystic Disease of the liver. *Ann Surg*, 1974;179:922-925.

**NOTA:** Toda la información que se brinda en este artículo es de carácter investigativo y con fines académicos y de actualización para estudiantes y profesionales de la salud. En ningún caso es de carácter general ni sustituye el asesoramiento de un médico. Ante cualquier duda que pueda tener sobre su estado de salud, consulte con su médico o especialista.