

# Quistes no parasitarios de hígado

Dres. Carlos Bercianos, Roberto Estrugo, Luis Perrone y Juan Paperán

**Se presentan cinco observaciones de quistes no parasitarios del hígado. Se hace una revisión sobre distintos aspectos del tema y de la casuística nacional agregando: que la disfagia, síntoma raro, estaba presente en un caso; que la hepatectomía puede volverse imperiosa por las sucesivas recidivas, que la derivación interna solucionó un caso de fistulización y que la quistectomía de ser factible es el tratamiento ideal.**

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:*  
Liver / cyst.

Los quistes no parasitarios del hígado son raros, y por tal motivo son muy pocos los cirujanos que han debido enfrentar los problemas de diagnóstico y tratamiento que plantea esta afección, por ello nos ha parecido de interés presentar cinco observaciones reunidas en el Instituto de Cirugía para Postgraduados.

El término quiste no parasitario de hígado no es el mejor pero conviene por su uso generalizado y por las dudas respecto a su patogenia, aclarando que no nos referiremos al llamado hígado quístico o enfermedad poliquística del hígado asociada comúnmente a poliquistosis multiviscerales.

Las primeras publicaciones se deben a Michel en 1856 y a Gloz en 1864 y si bien la mayoría se refieren a un caso diversas revisiones estadísticas (5, 9, 12, 15, 16) culminan con los trabajos de Perreau y col. (19) y Maingot (13) elevando la cifra a 250 y 300 casos respectivamente.

Henson, Gray y Dockerty (8) sólo registraron 38 casos en la Clínica Mayo entre 1907 y 1954; en el Philadelphia General Hospital se consignan 2 diagnósticos correctos premortem entre 211.046 ingresos. Simultáneamente en 20.000 autopsias Eliason y Smith (6) relatan 28 casos.

En nuestro medio hay varios casos publicados: Lasnier y Rodríguez Estevan (10) en 1928 presentan un caso y citan otro perteneciente a A. Lamas operado en 1910, luego se registran 2 nuevas observaciones: A. Fossatti (7) en 1935 y A. Cabezas (1) en 1943.

En 1958 Vigil y Bercianos (23) presentaron un caso en la Sociedad de Cirugía (no publicado) incluido en esta presentación y en 1961

*Trabajo del Servicio de Cirugía para Graduados (Director: Prof. Agreg. Dr. Luis M. Bosch) Hospital Pasteur. Montevideo.*

Parodi (17) relata un caso de ictericia obstructiva por cistoadenoma hepático pediculado. La última publicación corresponde a Castiglioni y Cazabán (3) en 1968.

Los quistes no parasitarios de hígado predominan en el sexo femenino en una relación de 3 o 4 a 1 como en nuestra pequeña serie y una incidencia entre la cuarta y sexta década de la vida.

No hay acuerdo entre los diferentes mecanismos patogénicos invocados, Lebon y Bourgeon (11) citan las siguientes teorías: 1) reaccional, 2) neoplásica y 3) disembrionoplásica, esta última sería la más probable. Moschowitz (16) emitió la posible teoría del origen biliar de estos quistes a punto de partida en canaliculos aberrantes con obstrucción congénita, o causada por hiperplasia inflamatoria.

La naturaleza de la displasia es todavía discutida, proliferación de vestigios embrionarios o asincronismo de desarrollo entre los esbozos hepático y cístico, aunque llama la atención su manifestación en etapas tardías de la vida.

Hay autores que consideran a esta entidad como independiente de la enfermedad poliquística del hígado pese a que la anatomía patológica de ambas lesiones es idéntica. En algunos casos (uno de la serie) el quiste no es único y varios pequeños quistes coexisten con el mayor en sus adyacencias sin que se pueda hablar por ello de enfermedad poliquística, esto ha llevado a pensar en formas de transición, a pesar de ello tienen terapéutica y pronóstico diferentes.

La ubicación más frecuente es en el sector anterior e inferior del lóbulo derecho (15). En nuestra serie la mayoría asentaban en el lóbulo izquierdo. Si bien se desarrolla más frecuentemente hacia abajo algunos tienen desarrollo superior y otros permanecen centrales intrahepáticos.

Esquemáticamente y de acuerdo a Moreaux (15) se pueden distinguir:

a) Quistes a revestimiento epitelial: epidermoides (excepcionales), biliares (solitarios o múltiples) 4 de nuestros casos.

b) Quistes a revestimiento endotelial: hemangioma y linfangioma.

c) Hamartomas a forma quística: un caso de nuestra serie.

d) Seudoquistes: sin pared propia.

Presentado en la Sociedad de Cirugía el 7 de julio de 1976.

Cirujano y Residentes de Cirugía del Ministerio de Salud Pública.

Dirección: Daymán 6606 (Dr. Bercianos).

El tamaño que pueden presentar es variable, oscilando desde pocos centímetros de diámetro (hallazgo accidental en laparotomía o autopsia) hasta un enorme tumor que puede ocupar todo el abdomen; uno de los casos de Lasnier (10) contenía 10 litros. Lo habitual es que oscilen entre 250 cc y 2 litros. La mayoría, son emergentes, sesiles, raramente pediculados, redondeados u ovals de superficie lisa nacarada, traslúcida con reflejos azulados surcada por bandas de tejido fibroso y vasos sanguíneos. En algunos casos la pared es más gruesa con aspecto similar al quiste hidático, en uno de nuestros casos aún bajo observación operatoria se dudó si era un quiste hidático.

La tensión quística poco elevada sería una característica patognomónica de esta afección. De superficie interna lisa y regular, o multilocular por trabéculas (dos de nuestra serie) debidas a elementos vasculobiliares que han resistido a la presión del contenido, su ulterior desaparición los transformaría en quistes simples según Davis (5).

El contenido (siempre estéril) puede ser de características variables según su riqueza en mucus, cristales de colesterol y elementos fibrados.

Las conexiones que el quiste contrae con el parénquima hepático son íntimas, sin plano de clivaje franco. El parénquima vecino está rechazado y atrofiado acompañándose a veces de hipertrofia compensadora del lóbulo respetado.

En general se sostiene que no existe comunicación bilioquística, Perreau y col. (19) sostienen lo contrario y esta comunicación se pondría en evidencia al disminuir la tensión quística, esto se vería corroborado por observaciones en las cuales quistes tratados por marsupialización presentaron colerragias en el postoperatorio.

Las adherencias que el quiste puede contraer con los órganos vecinos son de liberación relativamente fácil cuando en su crecimiento expansivo originaría los desplazamientos de vísceras vecinas e incluso de la vía biliar principal intra y extra hepática causando ictericia (4, 17).

Del punto de vista microscópico la pared del quiste de espesor variable, presenta dos formaciones distintas: a) por dentro un revestimiento epitelial de células cilíndricas o cúbicas, ciliadas o no, recordando el de las vías biliares; y b) tres capas por fuera conteniendo elementos de degeneración mixomatosa, tubos epiteliales no diferenciados, vasos, canales biliares dilatados y células hepáticas más o menos alteradas.

La sintomatología es variable y sin fisonomía propia. No se puede trazar un cuadro característico ya que en su mayoría depende del compromiso y la repercusión que por compresión o irritación sobre los órganos vecinos haya dado el quiste. El síntoma más importante es el dolor, presente en el 46 % de los casos (15) localizado sobre todo en hipocondrio derecho y epigastrio. No hay relación entre el dolor y el tamaño del quiste (12). El tumor está presente en el 35 %. Uno de nues-

tros casos se presentó como disfagia y tumor. Semiológicamente su baja tensión y la fluctuación serían importantes elementos en el diagnóstico diferencial.

Otros síntomas que se citan como frecuentes son trastornos digestivos variados, disnea y sensación de opresión.

La evolución espontánea muestra dos fases, la primera de meses o años de latencia con aumento progresivo de tamaño y una segunda con alteración del estado general, trastornos digestivos y de la función hepática en relación con el volumen del quiste, grado de lesión del parénquima hepático y compromiso de órganos de vecindad.

Las complicaciones se producen en el 10% [Moreaux (15)] pudiendo ser del propio quiste o de los órganos vecinos.

Como complicaciones del quiste se han citado:

- a) La torsión, observada en quistes pediculados.
- b) Hemorragia intraquística (2 %) se manifiesta con dolor agudo y aumento del volumen y tensión del quiste con el resto del abdomen libre.
- c) Ruptura del quiste (4 %) con las características de un cuadro agudo de abdomen [luego de la presentación de este trabajo hemos tenido conocimiento de un caso de ruptura traumática de un quiste no parasitario de hígado (20)].
- d) La infección (1 %) planteada como clásica pero excepcional, en esta serie fue causa de una reintervención.

Las complicaciones de vecindad pueden manifestarse como estenosis gastroduodenales, disfagia, ictericia obstructiva [3 % según Moreaux (15)] a veces como primer síntoma (4) como consecuencia de compresión.

En la observación de Parodi (17) la ictericia se debía a un quiste pediculado intraluminal que ocluía el hepático izquierdo.

Las complicaciones urinarias son excepcionales así como la hipertensión portal.

El diagnóstico preoperatorio presuntivo se realiza en contadas ocasiones, en zonas parasitadas por la equinocosis como en nuestro país se piensa en quiste hidático por razones de frecuencia; lo contrario estaría favorecido por la baja tensión de la tumoración y la negatividad de las reacciones inmunológicas para la hidatidosis.

Los estudios radiológicos simples o contrastados aportan datos valiosos, visualización de una masa opaca, deformaciones diafragmáticas, desplazamientos o dislocaciones de órganos vecinos nos permiten situar y delimitar el quiste (2). El centellograma hepático y del pool sanguíneo es un método inocuo que permite localizar el proceso sin prejuzgar sobre su naturaleza. La arteriografía celiaca muestra un rechazo de la arteria hepática y sus ramas, sin vasos anormales, es decir, una zona avascular que demuestra una tumoración benigna (18).

## TRATAMIENTO

Han sido propuestos múltiples procedimientos: a) punción y evacuación; b) drenaje o quistostomía; c) Marsupialización; sería un método de salvataje frente a un quiste muy voluminoso e infectado en paciente con mal estado general; d) tratamiento con sustancias modificadoras (sol. de Zencker); e) epiploplastia; f) derivación interna quistoyeyunostomía con asa en Y de Roux o en asa omega; g) quistectomía total o parcial; h) hepatectomía.

Indudablemente lo ideal es efectuar la extirpación completa, pero esta situación no resulta posible en todos los casos. Muchos autores consideran que la evacuación y drenaje son suficientes pero se citan recidivas (nosotros lo comprobamos en el caso 1). Otra secuela es la fistulización (caso 4) que obliga a tomar otras soluciones.

El tratamiento no podrá ser el mismo en todos los casos dependiendo de la topografía, volumen y forma de presentación del quiste (central, sésil, pediculado). El cirujano deberá aplicar diferentes soluciones, pero de ser posible extremará sus esfuerzos para efectuar una exéresis lo más completa posible, recordando que no existe plano de clivaje definido y exangüe debiendo en ocasiones realizar una verdadera hepatectomía. A veces hay que actuar sobre la vesícula biliar en forma obligada para acondicionarla, extirparla o por considerar de utilidad su drenaje.

El pronóstico en general es bueno por tratarse de una enfermedad benigna. En los quistes no complicados tratados quirúrgicamente la mortalidad es del 2,1 % según Russell (21), 6 % según Moreaux (15) citándose como causas la hemorragia y la angiocolitis. En estadísticas anteriores [Davis (5)] se consignan cifras más elevadas de mortalidad.

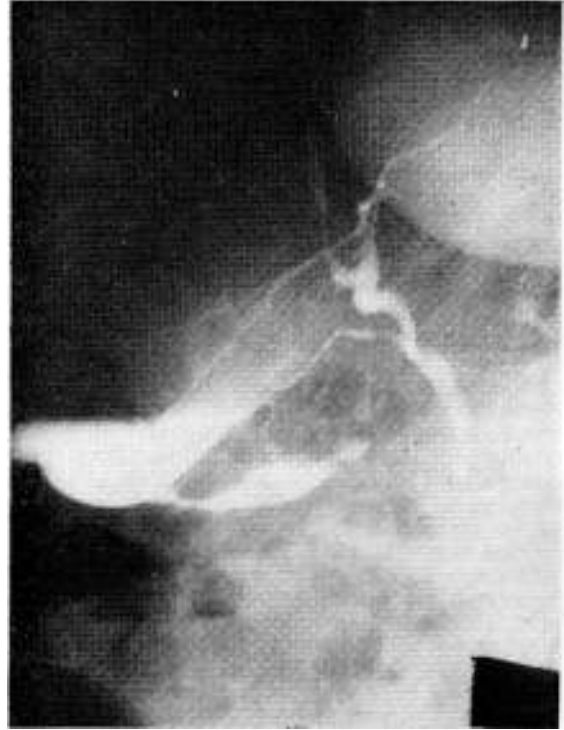


Fig. 1

## CASUISTICA

OBSERVACIÓN 1.—Inst. de Cir. para Postgr. 35.578. R. R. de J., 33 años, sexo femenino.

En 1947 consulta por tumoración y dolor de hemiventre superior izquierdo operándose con el diagnóstico de quiste hidático de hígado hallándose un quiste

| Nombre-Reg.                             | Volumen                          | Topog.       | Tratamiento   | Postoperatorio  | Anat. patol.                       |
|---|----------------------------------|--------------|---|---|------------------------------------|
| M. R.<br>I. C. Postg.<br>4431           | 300-400 cc                       | Lob.<br>izq. | Evacuación<br>quistostomía  | Bueno   |                                    |
| R. R. de J.<br>H. de C.<br>35.578       | 1.000 cc<br>puriforme            | Lob.<br>izq. | Ultima interv.<br>(4ª)<br>quistectomía                            | Bueno   | Cistoadenoma<br>congénito          |
| M. C. A. de D.<br>I. C. Postg.<br>4.196 | 250 cc<br>seroso                 | Lob.<br>izq. | Quistectomía<br>+<br>Colecistectomía                              | Angiocolitis<br>↓<br>Reintervención<br>→ Coledocostomía | Quiste seroso<br>simple            |
| L. G. de A.<br>I. C. Postg.<br>5.689    | 2.000 cc<br>Mucoide<br>filante   | Lob.<br>der. | Biopsia<br>Quistostomía<br>Relleno con epiplon<br>Colecistostomía | Fístula<br>quistocutánea<br>→ Quistoyeyunost.           | Hamartoma<br>quistico<br>de hígado |
| L. A. de L.<br>I. Q. T.<br>47.276       | 250 cc<br>filante<br>amarillento | Lob.<br>der. | Quistectomía parcial<br>Reimplantación<br>vesicular               | Bueno   | Quiste hepático<br>hamartomatoso   |

| Nombre-Reg.                             | Sexo | Edad    | Sintomatología   | CLG                       | GD  | Otros Rx  | Centellog.  | Diag. preop.                             |
|---|------|---------|--|---------------------------|---|---|---|--|
| M. R.<br>I. C. Postg.<br>4.431          | ♂    | 64 años | Dolor y tumoración epigástrica   | Colecist. normal.         | Normal                                    | Tórax normal  | No  | Tumor epigástr.                          |
| R. R. de J.<br>H. de C.<br>35.578       | ♀    | 33 años | Disfagia<br>Dolor epig. e hip. izq.<br>Vómitos y plenitud postprandial                       | No                        | Gran desplaz. de esófago estómago duodeno | Tórax<br>Diafrag. izq.<br>↑<br>Cx E Ang. izq.<br>U. de Ex. R. iz. ↓ | No  | Recidiva quiste seroso                   |
| M. C. A. de D.<br>I. C. Postg.<br>4.196 | ♀    | 67 años | Dispepsia<br>Dolor hemiventre izq.<br>Diarreas<br>Tumoración epigástr.                       | Litiasis vesicular        | Estómago desplaz. afuera                  | Cx E. Angulo esplénico ↓<br>Rx Abdomen hepatomeg.                   | Centellog.<br>+<br>Pool sang.<br>Proceso subhepático posiblemente retroperit.                       | Probable Q. H.                           |
| L. G. de A.<br>I. C. Postg.<br>5.689    | ♀    | 64 años | Dispepsia<br>Dolor en hipoc. der.<br>Enorme tumor hipoc. der.                                | 2 CLG.<br>Mala concentr.  | Estómago muy desplaz. atrás e izq.        | Rx Abdomen hepatomeg.   | Falta de relleno o escotadura del lóbulo derecho  | 1) Gran Q. H.<br>2) Quiste seroso hígado |
| L. A. de L.<br>I. Q. T.<br>47.276       | ♀    | 60 años | Diarreas - estreñim.<br>Dolores abdom.<br>Astenia<br>Adelgazamiento<br>Hepatomegalia tumoral | Vesícula desplaz. adentro | Normal                                    | Cx E:<br>Ang. der. ↓<br>U. de Ex.<br>Riñón der. ↓                   | Centellog.<br>+<br>Pool sang.<br>Muesca borde inf. 8 cmts.<br>hipovasc. todo hemiventre der. → izq. | Quiste seroso                            |

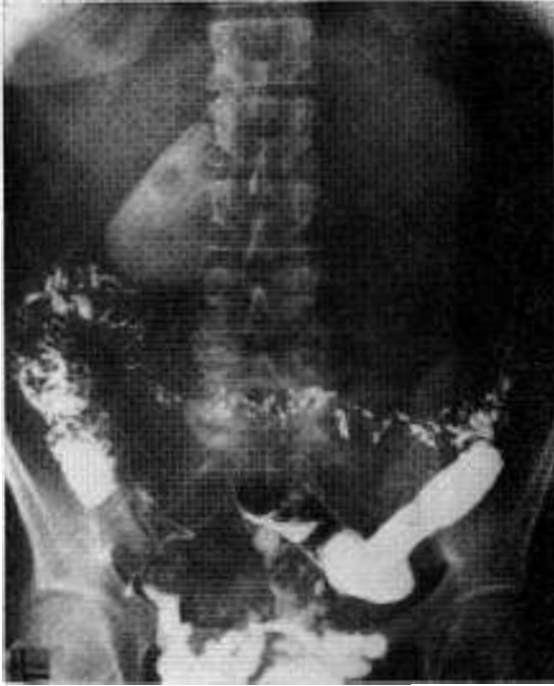


FIG. 2

te no parasitario del lóbulo izquierdo que se trata por evacuación y drenaje.

En 1948 debe ser reintervenida a través de la incisión de laparotomía anterior, evacuándose líquido purulento de la cavidad quística.

En 1950 segunda reintervención encontrándose formación quística que emerge a través del epiplón gastroesplénico solidaria del lóbulo izquierdo del hígado. Dado que hay firmes y sangrantes adherencias al plano posterior se reseca el sector emergente y se deja drenaje.

En 1958 presenta un cuadro similar al de 8 años atrás al que se agrega plenitud postprandial inmediata y disfagia.

Los estudios radiológicos simples y contrastados muestran una tumoración de celda esplénica pregástrica, que por expansión y en forma indirecta desplaza abajo y adentro al riñón izquierdo y al ángulo duodeno-yeyunal. Compresión directa hacia abajo y afuera del ángulo esplénico del colon.

Intervención (3ª reintervención). — Se encuentra una tumoración de poca tensión del lóbulo izquierdo del hígado. Liberación de todas las estructuras vecinas. Evacuación por punción de 1 litro de líquido puriforme. La liberación del parénquima hepático es cruenta y se consigue (ligando vasos y canales biliares que se abren), una extirpación completa. Quedan luego de la exéresis dos valvas del lóbulo izquierdo del hígado que se suturan con puntos separados y un pequeño trozo de gel foam. Se peritoniza con la hoja izquierda del ligamento suspensor que se fija al pequeño epiplón casi en su inserción hepática. Postoperatorio bueno; alta a los 8 días.

Anatomía patológica (Br. Iraola): Quiste hepático con los caracteres del cistoadenoma congénito.

OBSERVACIÓN 2.— Inst. de Cir. para Postg. 4.196. M. A. de D. S., 68 años, sexo femenino.

Dispepsia intrincada de larga data, con episodios de diarreas y dolor en el epigastrio e hipocondrio izquierdo. Al examen se destaca buen estado general, hernia umbilical y una tumoración epigástrica de bordes no nítidos que se desplaza con los movimientos respiratorios, elástica, cuyo borde inferior se toca a través de la hernia.

Los estudios complementarios mostraron: Reacciones biológicas de la hidatidosis negativas. Colecistografía: litiasis vesicular a cálculo único, en el gastroduodeno: estómago desplazado hacia afuera por probable compresión extrínseca y descenso del ángulo izquierdo que está desplazado hacia abajo, enfermedad diverticular en el colon por enema.

El centellograma hepático mostró: escotadura de 8 cms de diámetro a convexidad inferior en borde inferior del hígado a nivel del epigastrio, en lóbulo izquierdo. El centellograma del pool sanguíneo muestra un área no vascularizada, limitada por arriba por el lóbulo izquierdo por afuera por el riñón y por dentro por la aorta. Proceso expansivo subhepático de probable origen retroperitoneal.

Con el diagnóstico de litiasis vesicular y probable quiste hidático de lóbulo izquierdo se interviene el 22-IV-74.

Se encuentra una gran tumoración quística tensa, lisa, vascularizada en su superficie, azulada, de 15 por 12 cms que se implanta en la cara inferior del lóbulo izquierdo del hígado laminando el parénquima que lo recubre vesícula a cálculo único.

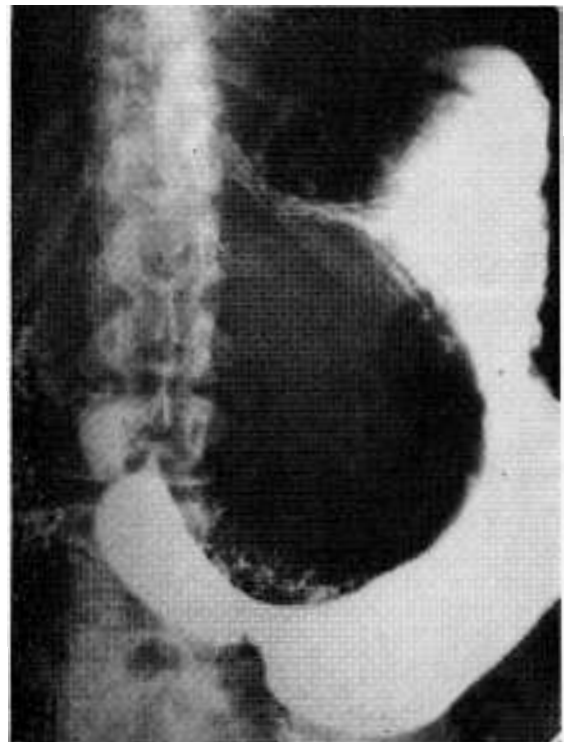


FIG. 3



FIG. 4

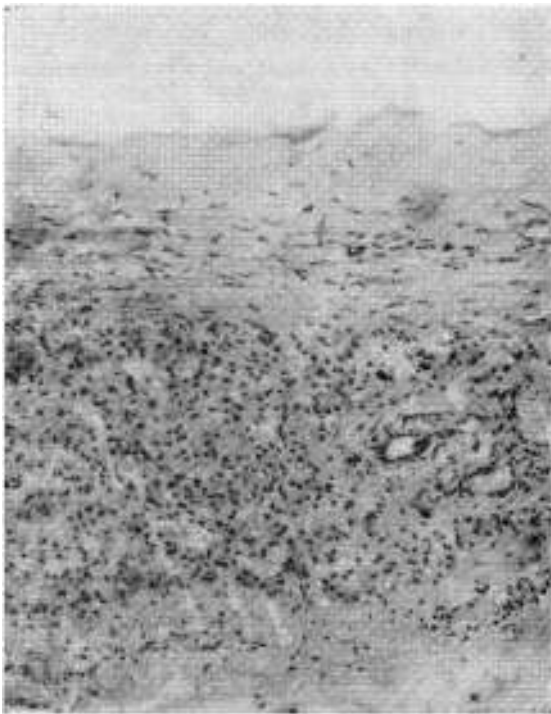


FIG. 5

Procedimiento liberación sin verdadero plano de clivaje ligando arteriolas hepatoquísticas. Quistectomía total, la superficie hepática desprovista de cápsula de Glisson se recubre rebatiendo la lámina de parénquima restante y se cierra con surget. Colectomía y drenaje subhepático.

Postoperatorio: al 5º día síndrome febril y subictérica. Colangitis postoperatoria. Se practicó biopsia hepática y coledocostomía. Alta en buenas condiciones el 24-V-74.

Anatomía patológica.—Dra. Chiossoni: quiste seroso simple.

OBSERVACIÓN 3.—Inst. de Cir. para Postgr. 4.413. M. R., 64 años, sexo masculino.

Epigastralgias, vómitos y ardores epigástricos que relaciona con los cambios de posición. Luego de traumatismo 8 meses antes del ingreso nota tumoración de epigastrio, indolora del tamaño aproximado de 8 por 6 cms de diámetro. Al examen impresiona como una hepatomegalia nodular.

Los exámenes de laboratorio fueron normales así como las reacciones biológicas de la hidatidosis y los exámenes radiológicos contrastados.

Con el diagnóstico de probable quiste hidático de hígado se interviene el día 24-V-74. La exploración muestra: quiste seroso de lóbulo izquierdo de hígado, central, que aflora en la cara superior e inferior. Hay varios pequeños quistes en el lóbulo derecho. Se punciona y evacúa con trocar. Su apertura muestra aspecto multisacular, se drena por sonda Pezzer fina.

Postoperatorio sin incidentes. Alta a los 20 días en buenas condiciones.

OBSERVACIÓN 4.—Inst. de Cir. para Postgr. 5.689. L. G. de A, 64 años, sexo femenino.

M. I. Dolor y tumoración de hipocondrio derecho.

E. A. Dispepsia hipoesténica y dolor en hipocondrio derecho, intenso, tipo puntada, con irradiación a fosa lumbar derecha desde hace un año, sin repercusión digestiva general.



FIG. 6

Al examen se destaca en hipocondrio derecho una tumefacción redondeada, grande, que rebasa la línea media y llega hasta el ombligo, se desplaza con la respiración, es firme y discretamente dolorosa.

Hernia umbilical irreductible, indolora.

Exámenes complementarios normales, reacciones biológicas e inmunológicas de la hidatidosis negativas. Los exámenes radiológicos mostraron hepatomegalia, estómago, duodeno y asas yeyunales desplazadas a izquierda por compresión extrínseca y hacia atrás. Vesícula débilmente opacificada y desplazada abajo y afuera.

Dado el aumento de su sintomatología se interviene de urgencia (16-VII-75) con el diagnóstico de gran quiste hidático en sufrimiento.

La exploración mostró enorme tumoración quística del lóbulo derecho del hígado que aflora por todas sus caras, de superficie blanquecina, dura, acartonada, recubierta en algunos sectores por delgadas láminas de parénquima hepático. Vesícula desplazada y elon-

gada. La punción permite evacuar casi 2 litros de líquido mucoso y al final serohemorrágico, se procede a abrirlo e inspeccionar la cavidad con espéculo apreciando contenido multisacilar, la exploración digital permite palpar vasos y canales biliares como cuerdas tensas. Se practica biopsia, relleno de la cavidad con una franja epiploica dejando al mismo tiempo un tubo de latex.

Se practica colecistostomía simultánea, drenaje subhepático y cierre.

La colangiografía postoperatoria mostró una comunicación de las vías biliares intrahepáticas con la cavidad quística.

Dado que se establece una fístula biliar externa importante se decide su reintervención. Anastomosis quistoyeyunal con asa montada a la Braun, dejando abandonado dentro de la cavidad y ya integrada la franja de epiploica de la intervención anterior.

Excelente evolución postoperatoria alta con control en policlínica.

Anatomía patológica (Dra. Chiossoni): Hamartoma quístico de hígado.

OBSERVACIÓN 5.— I. Q. T. N° 47.276. L. A. de L. 60 años, sexo femenino.

Diarreas y constipación alternadas 2 meses antes del ingreso. Dolores abdominales postprandiales alejados, adelgazamiento de 3 kilos, astenia y anorexia.

Examen normal excepto hepatomegalia irregular a predominio del lóbulo derecho del hígado. Diagnóstico primario: hígado secundario.

Exámenes de rutina normales. Estudios radiológicos muestran vesícula sin cálculos desplazada a izquierda, gastroduodeno y colon por enema normales, urografía de excreción: descenso de riñón derecho.

Gammagrama hepático: escotadura del borde inferior del lóbulo derecho.

Gammagrama del pool sanguíneo muestra una zona hipovascularizada en hemiventre derecho que se extiende desde el borde inferior a la fosa iliaca con desplazamiento del pool aórtico a izquierda.

Frente a estos elementos y recordando casos anteriores se plantea como diagnóstico primario presuntivo el de quiste no parasitario de hígado.

Operación (13-X-75). Se encuentra grueso quiste de 15 por 8 cms, azulado de cara inferior del lóbulo derecho de hígado adherido a vesícula a la que desplaza a izquierda. Se aspiran por punción 250 cc de líquido filante citrino, se decola vesícula biliar, se practica quistectomía parcial, hemostasia, aproximación de bordes y reimplantación de vesícula biliar. Drenaje subhepático y cierre.

Estudio bacteriológico del líquido: estéril.

Anatomía patológica (Dra. Piovano). Quiste hamartomatoso de hígado.

Evolución postoperatoria sin complicaciones, alta.

## COMENTARIOS

Hemos reunido 5 observaciones de quistes no parasitarios de hígado, 4 en los últimos 2 años. Hasta el presente la casuística nacional está reducida a unos pocos casos (7 casos); no obstante creemos que ella no refleja la real incidencia de esta afección. Tenemos conocimiento de otros casos que no han sido

publicados y otro tanto puede acontecer en el ámbito internacional. Pese a todo, hay que considerarla como muy poco común.

Coincidimos en su predominio para el sexo femenino (4 observaciones en 5) y en su presentación clínica en etapas avanzadas de la vida, 4 casos dentro de la sexta década.

Con referencia a la sintomatología, dolor y tumor estaban presentes en diverso grado en todos los casos. La disfagia referida en la observación 1 coincidió con un proceso supurado intraquístico topografiado en el lóbulo izquierdo del hígado.

En cuanto al tumor sólo en un caso (N° 1) se manifestó con sensación de baja tensión.

Correspondieron 3 observaciones a quistes simples, siendo multiloculares los 2 restantes. En ninguno de los pacientes comprobamos formaciones quísticas renales o pancreáticas, y en el caso N° 3 se registraron algunos pequeños quistes en las adyacencias del principal.

Inicialmente en ninguna observación se anotó presencia de billis, y por otra parte en 3 observaciones el volumen líquido superó los 500 cc con un máximo de 2 litros. En 3 casos la topografía correspondió al lóbulo izquierdo y en 2 para el derecho.

Diagnóstico de certeza no se efectuó en ninguno de los pacientes, hubo presunción en 2 observaciones; el diagnóstico de quiste hidático generalmente se mantuvo en primer término. Los estudios radiológicos ofrecieron datos topográficos de valor dados por los desplazamientos esofagogastroduodenales objetivados en las observaciones 1 y 2. La litiasis vesicular coincidente existió en una observación y la dislocación vesicular en otra.

Particular importancia merecen las consideraciones referentes al tratamiento. En todos los casos la conducta quirúrgica fue diferente; 3 fueron de fácil solución, los 2 restantes plantearon problemas que necesitaron reintervenciones múltiples. Se practicó quistectomía parcial (observ. 5) y total (observ. 2). El paciente de la observación N° 3 recibió como tratamiento evacuación y drenaje. La observación N° 1 luego de 3 fracasos (evacuación y drenaje en 2 oportunidades, quistectomía parcial la tercera vez) terminó en una hepatectomía izquierda atípica.

De acuerdo a lo anterior, pensamos que la evacuación y drenaje no son soluciones aceptables en grandes quistes ya que la recidiva es lo habitual y el drenaje externo provoca la infección. Por otra parte, la fistulización, puede como en el caso N° 4 continuar a un tratamiento inicial de evacuación y drenaje, e imponer en una segunda etapa una derivación interna (quistoyeyunostomía) con éxito inmediato. Pensamos, aunque no hay mayor experiencia al respecto que tal proceder debe tentarse de inicio en casos como el presente.

En esta serie no se registró mortalidad y las complicaciones estuvieron representadas por recidivas y supuración en un caso y fistulización quistocutánea en otro.

**RESUME****Kystes non parasitaires du foie**

Présentation de cinq observations de kystes non parasitaires du foie. Révision des différents aspects de cette question ainsi que de la littérature nationale, ce qui permet d'ajouter que la dysphagie, symptôme peu fréquent, était présente dans un cas, que l'hépatectomie peut s'imposer par suite de successives récidives, que la dérivation interne a résolu un cas fistuleux et que la kystectomie, lorsqu'elle peut être pratiquée, est le traitement idéal.

**SUMMARY****Non parasitic liver cysts**

Five cases of non parasitic livers cysts are described. After revising different aspects of this subject and national case-material, the author remarks that dysphagia, a rare symptom, was present in one of the cases; that hepatectomy may become imperative by reason of successive recurrences; that internal derivation solved a case of fistulization; and that cystectomy, if feasible, is the ideal treatment.

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. CABEZAS A. Quistes no parasitarios del hígado. *Rev Med Este* (Urug), 4-6: 56, 1945.
2. CAPLAN LH, SIMON M. Non parasitic cysts of the liver. *Am J Roentgenol*, 96: 421, 1966.
3. CASTIGLIONI JC y CAZABAN LA. Quiste seroso solitario no parasitario del hígado. *Rev Cir Urug*, 38: 67, 1968.
4. DARDIK H, GLOTZER P, SILVER G. Congenital hepatic cyst causing jaundice. *Ann Surg*, 159: 585, 1964.
5. DAVIS CR. Non parasitic cysts of the liver. *Am J Surg*, 35: 590, 1937.
6. ELIASON EL, SMITH DC. Solitary non parasitic cyst of the liver. *Clinics*, 3: 607, 1944.
7. FOSSATI A. Poliadenoma cistoma hepático. *Bol Soc Cir* (Urug), 15: 307, 1944.
8. HENSON SW, GRAY HK, DOCKERTY MB. Benign tumors of the liver. III Solitary Cysts. *Surg Gynecol Obstet*, 103: 607, 1956.
9. JONES J. Removal of a retention cyst of the liver. *Ann Surg*, 77: 68, 1923.
10. LASNIER EP, RODRIGUEZ ESTEVAN CM. Dos casos de cistoadenoma biliar. *An Fac Med Montev*, 14: 142, 1929.
11. LEBON J, BOURGEON R et CLAUDE R. Kystes solitaires du foie. *Arch Mal App Dig*, 2: 1274, 1955.
12. LENORMANT C et CALVET J. Les grands kystes non parasitaires du foie. *J Chir*, 45: 715, 1935.
13. MAINGOT R. Quistes solitarios del hígado de origen no parasitario. En Maingot R. Operaciones abdominales. Buenos Aires, Panamericana, 1966.
14. MANHEIMER LH. Quiste hepático solitario no parasitario. *An Cir*, 12: 482, 1953.
15. MOREAUX J. Les kvstes biliaires solitaires du foie. *Quiron*, Buenos Aires, 2: 31, 1971.
16. MOSCHOWITZ E. Non parasitic cysts of the liver with a study of aberrant bile ducts. *Am J Med Sci*, 131: 674, 1906.
17. PARODI H. Ictericia obstructiva por cistoadenoma hepático pediculado. Hepatectomía izquierda. *Bol Soc Cir Urug*, 32: 17, 1961.
18. PERREAU P, GUNTZ M et RENIER JC. Kystes non parasitaires du foie, considerations anatomocliniques angiographiques et therapeutiques. *Arch Mal App Dig*, 54: 536, 1965.
19. PERREAU P, GUNTZ M et RENIER JC. Kystes solitaires non parasitaires du foie. *Arch Mal App Dig*, 54: 881, 1965.
20. PRADINES J. Comunicación personal.
21. RUSSELL RCG. Ruptured solitary cyst of the liver. *Brit J Surg*, 59: 919, 1972.
22. STEIMPLE P, STEIMPLE R et ZABALETA I. Les kystes solitaires non parasitaires du foie. *Ann Chir*, 14: 439, 1960.
23. VIGIL E; BERCIANOS C. Quiste no parasitario del hígado. Presentado en Soc Cir del Urug. Nov. 1958 (no publicado).