

Cuadro agudo de abdomen por rotura de quiste solitario no parasitario de hígado

Dres. Fernando Gutiérrez, Nancy Toledo,
Juan Paperán, Luis Sarubbo.

Se trata de un paciente, que es intervenido quirúrgicamente con el diagnóstico clínico de Peritonitis por perforación de lesión ulcerada Gastro-Duodenal.

Como hallazgo quirúrgico se encuentra un quiste no parasitario de lóbulo izquierdo de Hígado, abierto en peritoneo.

Se procede a la apertura del quiste y evacuación de su contenido.

Este caso se presenta dada la rareza de las complicaciones de esta patología.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Abdomen Acute / Liver Diseases.

*Clínica Quirúrgica "1" (Director Prof. Dr. B. Delgado).
Hospital Pasteur. Fac. de Medicina. Montevideo.*

RÉSUMÉ: Cas d'abdomen aigu par rupture d'un kyste solitaire, non parasitaire du foie.

Il s'agit d'un malade auquel on a pratiqué une intervention chirurgicale, avec le diagnostic clinique de péritonite par perforation d'une lésion ulcérée gastro-duodénale. On s'est trouvé face à un kyste non parasitaire du lobe gauche du foie, ouvert dans le péritoine. On a procédé à faire l'ouverture du kyste et l'évacuation du contenu. Ce cas est présenté, vu la rareté des complications de cette pathologie.

SUMMARY: Acute abdominal distress due to the rupture of a solitary non parasitic cyst of the liver.

The case of a patient that was operated on with clinical diagnosis of peritonitis due to a perforated gastro-duodenal ulcer is presented. At operation a non parasitic cyst of the left hepatic lobe open in peritoneum, was found. The opening was completed and the cyst evacuated. This paper is presented in consideration to the exceptional complication of this disease.

INTRODUCCION

Dentro de las enfermedades quísticas del Hígado tenemos tres grandes afecciones a destacar, de distinta incidencia:

- 1) Equinococosis Hepática, de gran frecuencia en nuestro medio.
- 2) Enfermedad poliquística del Hígado; que puede ir asociada a poliquistosis renal o esplénica.
- 3) Quistes solitarios no parasitarios del hígado, entidad sumamente rara⁽¹⁰⁾.

El caso que presentamos creemos que tiene interés clínico, pues nuestro paciente fue portador de una de las complicaciones poco comunes, Ruptura del Quiste, ya que en la literatura mundial hay 4 casos publicados⁽¹¹⁾, y en nuestro medio conocemos de uno solo⁽¹⁵⁾.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 2 de mayo de 1984.

Postgrado de Cirugía. Anatómo-patólogo, ex-Residente de Cirugía del M.S.P., Postgrado de Cirugía.

Dirección: Agustín Velázquez 3980, apto. 909. Montevideo (Dr. F. Gutiérrez).

CASO CLINICO

Hospital Pasteur. Fecha de Ingreso 27/10/83. J.P. 73 años. hombre, procedente de Florida.

E.A.: comienza 72 hs. antes de su ingreso con malestar de hemivientre superior, dolor y ardor de epigastrio. 20 hs. antes del ingreso, dolor tipo perforativo de epigastrio. intenso, que se irradia a todo el abdomen. No náuseas, ni vómitos, no alteración del tránsito digestivo bajo. No medió la ingesta de AAS, ni corticoides, ni antireumáticos.

Examen: Buen estado general, apirético, muy dolorido. Abdomen tenso, vientre en tabla, duele difusamente.

T.R.: Douglas intensamente dolorido.

Rx de abdomen, la cual no mostró ningún elemento significativo, ni neumoperitoneo.

Diagnóstico de peritonitis por perforación ulcerada gastro duodenal.

OPERACION: Estando el paciente dormido e intubado, se ve una tumoración de epigastrio, de aproximadamente 8-10 cm de diámetro.

Incisión: mediana supraumbilical.

Exploración: abierto peritoneo se encuentra gran cantidad de líquido serohemático en toda la cavidad abdominal. Estómago y duodeno s/p. Páncreas y riñones s/p. Gran quiste de Lóbulo izquierdo de Hígado de 15 cm de diámetro, con una perforación de 1/2 cm, por donde salía su contenido que era de iguales características al encontrado en la cavidad abdominal. Discreta atrofia del lóbulo izquierdo. lóbulo derecho normal.

Procedimiento: Apertura del quiste, evacuación de su contenido (no habiendo bilis, ni pus). Resección parcial de las paredes del quiste, dejándose un medallón contra el parénquima hepático. Epiptooplastia de la cavidad remanente y se deja un tubo de drenaje al vacío. Lavado y secado de la cavidad peritoneal.

Postoperatorio: la evolución fue satisfactoria. En las primeras 48 hs. se obtuvo un líquido biliar de escasa cantidad por el drenaje. Alta el 9/11/83.

ANAT. PATOL. Se trata de una formación quística del hígado, constituida fundamentalmente por elementos de conductos biliares; acompañado de componentes canaliculares y vasculares; y con un proceso inflamatorio agudo agregado.

QUISTE NO PARASITARIO Y NO NEOPLASICO. Probable origen en restos tisulares no aprovechados en la organogénesis (Hamartia).

COMENTARIO

Los quistes solitarios no parasitarios del hígado predominan francamente en el sexo femenino, en una relación de 5-1 aproximadamente con respecto al sexo masculino. En cuanto a la edad, es más común en el adulto, alrededor de los 50-60 años⁽⁷⁾.

En cuanto a la etiología y patogenia hay diversas teorías que a explicar esta entidad.

Menson y col.⁽⁴⁾ los clasifican de la siguiente manera:

A) Congénitos: -solitarios. -Enfermedad Poli-quística.

B) Traumático.

C) Inflamatorio: -Específico. -No específico.

D) Neoplásico: -Benigno. -Maligno.

Lebon y col.⁽⁶⁾ citan 3 teorías posibles:

A) Retencional: los quistes resultarían de una

obstrucción calculosa o inflamatoria de los canales biliares, con distensión por encima.

B) eoplásica: invocan una reacción degenerativa de las células hepáticas y secundariamente una proliferación de tipo benigno.

C) Disembrioplásica: malformación embrionaria de los canales biliares.

De acuerdo con Moschowitz⁽¹²⁾ estos quistes son de naturaleza congénita y de origen biliar, formándose tal vez en conductos biliares aberrantes; como resultado de la obstrucción congénita de dichos conductos con la posterior inflamación e hiperplasia epitelial. Esta teoría sería la prevalente.

El quiste está más frecuentemente ubicado en el lóbulo derecho⁽¹⁰⁾; sin embargo en la serie de Bercianos⁽¹¹⁾ la mayoría asentaban en el lóbulo izquierdo.

La relación que el quiste contrae con el parénquima vecino es íntima, no habiendo un plano de clivaje claro. El parénquima donde asienta está habitualmente atrofiado, viéndose en algunos casos hipertrofia del otro lóbulo.

En general se sostiene que no hay comunicación bilioquística⁽¹¹⁾ en cambio Perreau⁽¹⁴⁾ sostiene lo contrario, y esta comunicación se pondría en evidencia al disminuir la tensión del quiste, lo que se vería corroborado por observaciones en las cuales los quistes tratados por marsupialización presentaron colerragias en el postoperatorio.

Desde el punto de vista histológico encontramos recubrimiento epitelial de células cilíndricas o cúbicas, recordando el de los conductos biliares. Henson y col.⁽⁴⁾ citan que habría varios tipos de recubrimiento del quiste, no solo del tipo biliar, sino también ciliado columnar con producción de mucus y a veces epitelio escamoso.

CLINICA

Estos quistes son asintomáticos durante mucho tiempo, e incluso durante toda la vida y son hallazgos de necropsia.

Los síntomas más frecuentes son de distensión abdominal, pesadez y dolor de epigastrio e hipocondrio derecho; en algunas oportunidades es la masa tumoral la que llama la atención al paciente.

La otra forma de presentación de esta patología es mediante sus complicaciones, las cuales son:

1) Torsión, que se ve en los quistes pediculares.

2) Hemorragia intraquística, que se manifiesta

con dolor agudo, y aumento del volumen y tensión del quiste.

3) Ruptura del quiste dando un cuadro agudo de abdomen, como ocurrió en nuestro paciente.

4) Infección, complicación excepcional.

5) Compresión y desplazamiento de órganos vecinos: de estómago, duodeno, colon transverso y derecho.^(2, 8)

6) Compresión del árbol biliar, dando ictericia⁽⁷⁾, y a propósito de esta complicación tenemos una observación de Parodi⁽¹³⁾ de oclusión del hepático izquierdo.

TRATAMIENTO

El tratamiento a efectuar puede variar en cada uno de los casos, y va a depender fundamentalmente de: topografía, volumen y forma de presentación del quiste; como así también de la edad y estado general del paciente.

Hay consenso unánime, de que si las condiciones lo permiten, el tratamiento ideal y de elección es la extirpación del quiste, ya sea por enucleación o resección hepática^(7, 8, 10, 11).

Los procedimientos a efectuarse son los siguientes:

A) Punción y evacuación.

B) Marsupialización.

C) Drenaje o quistostomía.

D) Epiploplastia.

E) Derivación interna, quistoyeyunostomía con asa en Y de Roux o en omega.

F) Quistectomía total o parcial

Hepatectomías, recordando que no existe plano de clivaje claro entre el quiste y el parénquima hepático.

En cuanto al pronóstico de esta afección tenemos que decir que en general es bueno, por tratarse de una enfermedad benigna.

TABLA I

CASOS PUBLICADOS DE ROTURA

Autor	Edad	Sexo	Diám.	Topogr.	Perf.	Tratamiento
1) Davis ⁽³⁾	67	F	15 cm	Lób. Der.	1/2 mm	Resección
2) Lulenski ⁽⁹⁾	42	F	15 cm	Lób. Izq.	1/8 mm	Resecc. parcial
3) Horton ⁽⁵⁾	44	F	?	Lób. Der.	1-2 cm	1er. tiempo: epiploplastia 2° " resección.
4) Morgenstern ⁽¹¹⁾	56	F	35 cm	Lób. Izq.	1,5 cm	Lobectomía izq.
5) Gutiérrez, F.	73	M	15 cm	Lób. Izq.	1/2 cm	Resección parcial Epiplopastia Drenaje externo

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BERCIANOS C., ESTRUGO R., PERRONE I., PAPERAN J. — Quistes no parasitarios del hígado. Cir. Urug. 47: 20, 1977.
- CASTIGLIONI J.C., CAZABAN L.A. — Quiste seroso no parasitario del hígado. Rev. Cir. Urug. 38: 67, 1968.
- DAVIS C.R. — Citado por Morgenstern.
- HENSON S.W., GRAY H.K., DOCKERTY M.B. — Benign Tumors of the Liver III Solitary Cysts. Surg. Gynecol. Obstet., 103: 607, 1956.
- HORTON. — Citado por Morgenstern.
- LEBON J., BOURGEON P., CLAUDE R. — Kistes solitaires du foie. Arch. Mal. App. Dig., 2: 1274, 1955.
- L. OYD JONES, MOUNTAIN J.C., WARREN K.W. — Symptomatic non parasitic cysts of the liver. Br. J. Surg. 61: 118, 1974.
- LO GMIRE T., MANDIOLA S.A., CORDON W.E. — Congenital cystic diseases of the liver and biliary system. Ann. Surg. 174: 711, 1971.
- LULENSKI. — Citado por Morgenstern.
- MAINGOT R. — Quistes solitarios del hígado de origen no parasitarios. En: Maingott R. - Operaciones Abdominales. Buenos Aires. Paramericana. 1966.
- MORGENSTERN L. — Rupture of solitary parasitic cysts of the liver. Ann. Surg. 150: 167, 1971.
- MOSCHOWITZ E. — Non parasitic cysts of the liver with a study of aberrant bile ducts. Am. J. Med. Sci. 131: 674, 1906.

13. PARODI R. — Ictericia obstructiva por cistoadenoma hepático pediculado. Hepatectomía izquierda. Bol. Soc. Cir. Urug. 32: 17, 1961.
14. PERREAU P., BUNTA M., PENIER J.C. — Kystes solitaires non parasitaires du foie. Arch. Mal. App. Dig. 54: 981, 1965.
15. PRADINES J. — Citado por Bercianos, Estrugo, Perrone, Paperan. - Quistes no parasitarios del hígado. Cir. Urug. 47: 20, 1977.

COMENTARIOS:

Dr. VALLS: Es un tema interesante. Nosotros tenemos alguna experiencia; no precisamente de esto sino de quistes simples no parasitarios de hígado complicado y no complicado. Una fue

una enferma que provenía del interior y que venía con un dolor intenso en epigastrio con irritación peritoneal y se pensó en un quiste hidático en eminencia de rotura. Lo notable era que las determinaciones biológicas, las reacciones hidatídicas le habían dado negativas pero yo pensé que era un error de las reacciones biológicas; pero lo cierto es que lo que tenía era un quiste simple con hemorragia intraquistica. El otro fue un enfermo que operamos con el Dr. Terra en el CASMU, que tenía un quiste simple en el lóbulo cuadrado: los dos eran en el lóbulo cuadrado. Era un quiste simple que llegaba hasta el ligamento falciforme y que lo pudimos enuclea perfectamente porque había un plano de clivaje entre él y el parénquima intrahepático. Si no se puede enuclea está bien el procedimiento que se hizo de hacerle la epiploplastía, procedimiento que hicimos una cantidad de veces con muy buen resultado.