

Quiste simple de hígado. Tratamiento laparoscópico

Dres. Raúl Morelli Brum¹, Luis A. Praderi Gambardella²,
Gustavo Veirano³, Jorge Bermúdez⁴

Resumen

Se presenta una paciente portadora de un quiste simple de hígado sintomático, el cual se trató por vía laparoscópica corroborado por ecografía y tomografía axial computarizada. Sin antecedentes personales ni familiares que hagan sospechar una enfermedad hepática y con exámenes laboratorio también negativos de para este tipo de afección. Se realizó por vía laparoscópica su evacuación y resección parcial. Se señalan las ventajas de este abordaje ya que acorta la internación, disminuye el dolor posoperatorio, con un rápido retorno al actividad y mejores resultados estéticos.

Palabras clave: Hígado
Cirugía laparoscópica
Técnicas quirúrgicas
Quistes

Summary

The authors present a female patient with a

1. Prof. Agregado de Cirugía de Clínica Quirúrgica 1.

2. Prof. Adjunto de Cirugía de Clínica Quirúrgica 1.

3. Prof. Adjunto de Cirugía del Dpto. de Emergencia del Hospital de Clínicas.

4. Prof. Agregado de Cirugía de Clínica Quirúrgica A. Trabajo del Servicio de Cirugía del Hospital Británico.

Correspondencia: Dr. Raúl Morelli. Av. Italia 2569 bis, CP 11600. Montevideo, Uruguay.

Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 3 de noviembre de 1993.

symptomatic simple cyst of the liver, confirmed by ultrasonography and CAT-scan. There was no personal or family history of hydatid disease and laboratory tests for this disease were also negative. Evacuation and partial resection was carried out by means of laparoscopy. The advantages of this access are pointed out, as hospital stay is shortened, postoperative pain decreases, there is a quicker return to work and better cosmetic results.

Introducción

El quiste simple de hígado es una lesión benigna de origen congénito, no parasitaria que puede presentarse como un quiste único o múltiples quistes configurando una poliquistosis hepática^(1,2).

En los quistes sintomáticos está indicada la cirugía⁽³⁾.

Habitualmente no tienen comunicación con la vía biliar, por lo que su evacuación y resección parcial puede asegurar la curación en un alto porcentaje de pacientes⁽⁴⁻⁶⁾.

Los recientes avances en el instrumental quirúrgico han hecho posible que la cirugía laparoscópica sea un método bastante seguro para tratar esta enfermedad⁽⁴⁻⁶⁾.

Se presenta un caso clínico tratado por videocirugía laparoscópica.

Caso 1

Historia clínica

49 años, mujer. Siempre vivió en Montevideo, área céntrica.

Se trata de una paciente sin antecedentes a destacar, que en el año 1986 se realiza una ecografía abdominal que muestra un quiste simple de lóbulo derecho del hígado de 22 mm de diámetro. Vesícula y vía biliar principal (VBP) sana. Resto del parénquima hepático normal. A partir del año 1990 relata molestias en hipocondrio derecho, sin configurar una dispepsia hepatovesicular típica.

En los últimos meses se intensifica el sufrimiento, apareciendo episodios dolorosos leves.

En enero de 1993 se realiza una ecografía, que muestra quiste simple de hígado de 70 mm de diámetro. Se realiza tomografía axial computarizada que lo situó en los segmentos IV y V.

El resto de los exámenes de laboratorio fueron normales, así como las reacciones para el quiste hidático negativas.

Operación

La intervención se realiza con anestesia general. El neumoperitoneo es realizado por la aguja de Veress a nivel umbilical y se mantiene a 15 mmHg. Se utilizan dos entradas de 10 mm, una a nivel del ombligo para el laparoscopio y otra a nivel de epigastrio para la mano derecha del cirujano, y dos entradas de 5 mm: una en la línea medioclavicular en hipocondrio derecho para la mano izquierda del cirujano y otra en hipocondrio derecho en línea axilar anterior para el ayudante. Se explora la cavidad abdominal y se visualiza el quiste en el segmento IV-V como lo indicaba la tomografía axial computarizada.

Su color azulado y la delgadez de la pared son característicos.

Se punciona a través de la pared con un Abocath 14 y se aspira totalmente. Se mantiene un aspirador junto a la aguja cuando penetra en el quiste. Se envía líquido para estudio citoquímico.

El líquido es seroso y no contiene bilis ni sangre. La cavidad se colapsa y la pared del quiste es reseca parcialmente en una extensión de 3,3 cm con electrobisturí.

Se entra con el laparoscopio dentro del quiste y se explora toda la cavidad. Se visualizan vasos sanguíneos y posibles canales biliares.

La anatomía patológica extemporáneo mostró que la zona reseca era compatible con la pared de un quiste simple de hígado. Igual resultado se obtuvo del estudio del líquido. Se controla la hemostasis y la posible fuga de bilis. Se retiran los trócares y se realiza anestesia local de las heridas y se cierra la piel en forma habitual.

La duración del procedimiento fue de 60 minutos.

Su evolución posoperatoria transcurrió sin incidentes y el alta fue dada a las 48 horas.

La paciente mejoró de su sintomatología y el control ecográfico a los cuatro meses mostró una casi total desaparición de la cavidad.

Discusión

El síntoma más común causado por los quistes simples de hígado es la molestia vaga de epigastrio e hipocondrio derecho asociada a veces a distensión abdominal⁽¹⁻³⁾. En nuestro paciente el crecimiento y el tamaño del quiste podría explicar la sintomatología. Como tratamiento del quiste simple sintomático ha sido propuesta la aspiración simple, la inyección de alcohol, la evacuación y la resección parcial, y su completa extirpación. En casos muy extensos preconizan el trasplante hepático⁽⁷⁾.

La mayoría de los autores están de acuerdo en que la mejor terapia es la evacuación y la defenestración o resección parcial^(2,3,6), aunque hay un porcentaje de recidivas de alrededor de 20%.

Las ventajas de realizar este procedimiento por vía laparoscópica son evidentes, pues se reduce la internación, hay menos dolor, un más rápido retorno al trabajo y mejores resultados estéticos.

Bibliografía

1. Lai E, Wong J. Symptomatic nonparasitic cysts of the liver. *World J Surg* 1990; 14: 452.
2. Vauthey JN, Maddern GJ, Kolbinger P et al. Clinical experience with adult polycystic liver disease. *Br J Surg* 1992; 79: 562.

3. **Newam KD, Torres VE, Rakela J, Nagorney DM.** Treatment of highly symptomatic polycystic liver disease. *Ann Surg* 1990; 212: 30.
4. **Z'Graggen K, Metz ar A, Klaiber C.** Symptomatic simple cysts of the liver: treatment by laparoscopic surgery. *Surg Endosc* 1991; 5: 224.
5. **Kathkouda N, Fabiani P, Benizri E, Moviel J.** Laser resection of a liver hydatid cyst under video laparoscopy. *Br J Surg* 1992; 79: 560.
6. **Paterson-Brown S, Garden OJ.** Laser-assisted laparoscopic excision of liver cyst. *Br J Surg* 1991; 78: 1047.
7. **Starzl TE, Reyes J, Tzakis A et al.** Liver transplantation for polycystic liver disease. *Arch Surg* 1990; 125: 575.