

Ruptura de quiste hepático no parasitario como causa de síndrome peritoneal. Presentación de un caso.

Revista Médica Electrónica 2007;29 (5)

HOSPITAL PROVINCIAL CLÍNICO-QUIRÚRGICO DOCENTE "JOSÉ R. LÓPEZ
TABRANE". MATANZAS.

Ruptura de quiste hepático no parasitario como causa de síndrome peritoneal.
Presentación de un caso.

Non parasitic hepatic cyst rupture as cause of peritoneal syndrome. Presentation of
a case.

AUTORA

Dra. Yusimin Lozano González.

E-mail: bibliohosprov.mtz@infomed.sld.cu

Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico
Docente "José R. López Tabrane "

RESUMEN

Se presenta un caso de ruptura de un quiste hepático, en una paciente de 70 años que se interviene quirúrgicamente de urgencia por un síndrome peritoneal, con sospecha de perforación de víscera hueca. Se describen los hallazgos clínicos, radiológicos, anatomopatológicos, así como la terapéutica quirúrgica efectuada. Se realiza revisión de la literatura sobre el tema.

DeCS

NEOPLASIAS HEPÁTICAS/complicaciones

NEOPLASIAS HEPÁTICAS/diagnóstico

NEOPLASIAS HEPÁTICAS/etiología

NEOPLASIAS HEPÁTICAS/patología

ABDOMEN AGUDO/etiología

SERVICIOS MÉDICOS DE URGENCIA/métodos

HUMANO

ANCIANO

FEMENINO

INTRODUCCIÓN

Paciente femenina, blanca, de 70 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial, que acude al servicio de emergencia por dolor abdominal agudo, de 3 horas de

evolución, comienzo brusco, localizado inicialmente en hemiabdomen superior y posteriormente difuso, afebril, no vómitos.

En el Examen Físico encontramos como signos positivos: frecuencia cardiaca: 100 latidos por minutos, Abdomen: doloroso a los golpes de tos y caída sobre los talones, a la palpación dolor intenso, más localizado en hemiabdomen derecho, contracturado con signos de irritación peritoneal, abdomen en tabla, percusión dolorosa, ruidos hidroaéreos disminuidos.

Exámenes Complementarios de urgencia: hemograma normal. Se realiza laparotomía exploradora con diagnóstico preoperatorio de un síndrome peritoneal perforativo por úlcera péptica perforada, encontrando líquido claro libre en cavidad, proveniente de ruptura de un quiste hepático localizado en la cara visceral del lóbulo derecho del hígado de 10 cm de diámetro, acompañado de múltiples quistes diseminados por ambos lóbulos de diferentes tamaños, se destecha el quiste, se toma muestra para biopsia, se aspira y se lava cavidad; se pone tratamiento antibiótico.

La evolución clínica fue satisfactoria.

Examen Anatomopatológico informó: quiste hepático no parasitario. Se realizó ultrasonido y Tomografía Axial Computadorizada (TAC) postoperatoria informando la presencia de múltiples quistes hepáticos, acompañado de quiste pequeño en el riñón derecho.

CONSIDERACIONES ETIOLÓGICAS, CLÍNICAS, ANATOMOPATOLÓGICAS Y TRATAMIENTO.

Existen dos grupos de quistes del hígado: los parasitarios y no parasitarios. Los primeros, o quistes hidatídicos son causados por un parásito del género *Echinococcus* E. Granulosus es la especie responsable de la mayoría de los casos humanos. Los segundos son consecuencia de una malformación congénita. (1-5) Los quistes no parasitarios pueden ser simples, múltiples, difusos, localizadas, uniloculares o multiloculares. Entre ellos se incluyen: quistes sanguíneos degenerativos, dermoides, linfáticos, endoteliales, quistes de retención que pueden ser: de retención solitaria o de retención múltiple (enfermedad cística), quistes proliferativos (cistadenomas). (1,2,6-8)

Los quistes simples del hígado, uno de los tipos no parasitarios más frecuentes, se ha calculado que lo tiene el 1 % de la población mundial. Ambos tipos de quistes hepáticos, que pueden ser únicos o múltiples, cursan en su gran mayoría sin ocasionar síntomas. Su curso clínico es silente durante mucho tiempo. El síntoma principal de unos y otros es el dolor en la parte superior derecha del abdomen. (5-12)

La enfermedad quística y los quistes solitarios no parasitarios que producen manifestaciones clínicas son más frecuentes en el cuarto, quinto y sexto decenios de la vida, a una edad promedio de 52 años. La enfermedad hepática poliquística también es más común en la mujer. Los quistes solitarios no parasitarios suelen localizarse en el lóbulo hepático derecho. Tienen un contenido transparente y acuoso, en ocasiones el líquido es de color pardo amarillento, lo cual indica necrosis del parénquima adyacente. (1-6, 11-5)

La enfermedad poliquística del hígado tiene un aspecto en panal de abeja con múltiples cavidades, las lesiones suelen distribuirse en todo el hígado, pero a veces un solo lóbulo es el afectado, con mayor frecuencia el derecho. La enfermedad poliquística del hígado a menudo se asocia con quistes en otros órganos; ej.

riñones poliquísticos. Las lesiones solitarias como las poliquísticas crecen con lentitud y son relativamente asintomáticas. (13)

En casos de abdomen agudo, la complicación del quiste puede ser hemorragia, ruptura al peritoneo, torsión del pedículo y, muy rara vez, ictericia e hipertensión portal. (12)

La exploración física revela la masa y pueden palpase los riñones. Las pruebas de funcionamiento hepático son de poca utilidad diagnóstica. Se han utilizado la gammagrafía, TAC, ultrasonografía. (12-20)

Los pilares fundamentales del diagnóstico se basan en precisar el sitio exacto donde está comprometido el hígado y su relación con las estructuras vasculares y biliares, y descartar comunicación con el árbol biliar y, obviamente, descartar malignidad. (21)

El ultrasonido nos dice si la lesión es quística o si es sólida; además, la escanografía nos ayuda a determinar con mayor claridad las características de este tipo de lesiones. (4, 21,22)

Un quiste hepático complejo se define como aquél que presenta paredes engrosadas, proyecciones interpapilares, áreas sólidas y septos en su interior. Este tipo de quiste es neoplásico, hasta que no se demuestre lo contrario. (23) La resonancia magnética está indicada en caso de que se tengan dudas, sobre todo en el diagnóstico diferencial con lesiones tumorales benignas (hemangioma). (1) Para corroborar si hay comunicación con el árbol biliar algunos autores proponen aspirar el quiste; si se confirma salida de bilis, se recomienda una colangiografía intraoperatoria en la exploración quirúrgica y otros utilizan la colangiografía retrógrada endoscópica. (2)

Para descartar malignidad, Gigot y col. (23) utilizaron los criterios radiológicos del quiste complejo (pared quística irregular, engrosada, proyecciones papilares intraquísticas) y la citología del líquido aspirado, con medición del antígeno carcinoembrionario y del Ca 19,9. Además, usaron biopsias por congelación para descartar específicamente el cistadenoma y el cistoadenocarcinoma. El tratamiento tiene varias alternativas. Como es una patología poco frecuente no existe el número suficiente de pacientes para recomendar una conducta con el suficiente grado de evidencias. El manejo depende del tipo de quiste y de la experiencia de cada grupo quirúrgico. El tratamiento se divide en dos grandes grupos: el quirúrgico y el no quirúrgico. No quirúrgico: Aspiración y Escleroterapia con alcohol. Quirúrgico: Fenestración, abierta/laparoscópica, Marsupialización, Derivaciones internas, Resección hepática, Eucleación y Trasplante hepático. Lo más importante es establecer si es un quiste de hígado sintomático o asintomático, si es de crecimiento progresivo, mediante estudios radiológicos como la ecografía y la escanografía, o si se trata de un quiste complejo. En el caso de quistes complejos la resección quirúrgica es el tratamiento de elección. La aspiración está indicada en pacientes de alto riesgo. El 100 % de los quistes recurren a los 2 años (24). Algunos grupos quirúrgicos plantean que, de acuerdo con los hallazgos de la punción, se hace el manejo. Si se obtiene pus, se realiza una derivación externa; si se obtiene bilis, se somete al paciente a una derivación interna (Y de Roux); y, si se aspira un líquido claro, se realiza un destechamiento del quiste. Se han utilizado varias sustancias esclerosantes. La más frecuentemente usada es el alcohol al 95 %. Este procedimiento está indicado en pacientes de alto riesgo. Algunos autores (5) han recomendado la escleroterapia en pacientes con enfermedad poliquística del hígado. La escleroterapia está contraindicada en

pacientes con coagulopatía o con quistes que estén comunicados con el árbol biliar y tengan un diagnóstico de lesión neoplásica. (25)

En un reporte de 8 casos, seguidos por un período de 12 a 36 meses, no se documentó recurrencia y se presentaron complicaciones como dolor, fiebre y náuseas, en su mayoría transitorias.(25) Durante la realización del procedimiento, un dolor intenso puede significar extravasación de la sustancia a la cavidad abdominal.

La fenestración es un procedimiento quirúrgico descrito, desde 1968, por el doctor Lin. Es, simplemente, abrirle una ventana a la pared del quiste (26). El destechamiento es reseca parte de la pared del quiste; podría decirse que es una fenestración ampliada.

La fenestración o el destechamiento están indicados en los quistes simples sintomáticos y en algunos pacientes con enfermedad poliquística del adulto. La resección hepática está indicada en pacientes con quistes complejos del hígado y en algunos quistes con crecimiento progresivo, así estén asintomáticos, ya que no es posible descartar preoperatoriamente una neoplasia. Con el advenimiento y el desarrollo de la cirugía laparoscópica, se han reportado casos de quistes hepáticos manejados de esta forma. (23-8) Los resultados del trasplante hepático, en casos muy seleccionados, son excelentes. Los quistes hepáticos no parasitarios se pueden manejar de diferentes formas, pero lo ideal es que se cumplan los objetivos de la cirugía, los cuales son la descompresión del quiste y evitar la recurrencia. Los quistes hepáticos pueden estar en pacientes de forma asintomáticas o sintomáticas elemento que todos los cirujanos debemos tener presente por la posibilidad no sólo de tratamiento quirúrgico electivo, sino por la posibilidad de aparecer como un abdomen agudo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .

1. Little JM, Kenny J. Hepatic incidentaloma: a modern problem. *World J Surg.* 1990;14: 448-51.
2. Hadad A, Westbrook. Symptomatic nonparasitic liver cysts. *Am J Surg.* 1997;134: 739-44.
3. Caporale A, Guilani A. Surgical management of nonparasitic cysts of the liver: report 17 cases. *Dig Surg.* 1993;10:249-53.
4. Anderson R. Alcohol sclerotherapy of nonparasitic cysts of the liver. *Br J Surg.*1999;76: 254-5.
5. Byrne J, Balasubramanian C. A nonparasitic liver cyst presenting as a Klatsking tumor. *Endoscopy.*1994;26: 69.
6. Pliskin A, Cualing H. Primary squamous cell carcinoma originating in congenital cysts of the liver. *Arch Pathol Lab Med.* 1992;116:105-7.
7. Devine P, Ucci A. Biliary cystadenocarcinoma arising in a congenital cyst. *Human Pathology.* 1985;12(1): 92-4.
8. Lynch M, Mcleod M. Squamous cell cancer of the liver arising from a solitary benign nonparasitic hepatic cyst. *Am J Gastroenterol.* 1988;83(4): 426-31.
9. Bloustein P, Silverberg S. Squamous cell carcinoma originating in an hepatic cyst. *Cancer.* 1976;38(3): 2002-5.
10. Poggio JL, Nagorney DM. Surgical treatment of adult primary hepatic sarcoma. *Br J Surg.* 2000; 87:1500-5.
11. Omura K, Aizawa S. Carcinosarcoma of liver. *Arch Pathol Lab Med.* 2000;124(6):888-90.
12. Terada T, Notsumata K. Biliary carcinosarcoma arising in nonparasitic simple cyst of the liver. *Virchows Arch.* 1994;434 (3): 331-3.

13. Fayyazi A, Nolte W. Carcinosarcoma of the liver. *Histopathology*. 1998;32:385-7.
14. Enzinger F, Weiss S. *Soft tissue tumors*. USA: Mosby; 1995. p.1087-93.
15. Krähenbühl L, Baer H. Laparoscopic management of nonparasitic symptom-producing solitary hepatic cysts. *J Am Coll Surg*. 1996;183: 493-8.
16. Morina M, De Giuli M. Laparoscopic management of symptomatic nonparasitic cysts of the liver. *Ann Surg*. 1994; 219 (2):157-16.
17. Madariaga J, Iwatsuki S. Hepatic resection for cystic lesions of the liver. *Ann Surg*. 1993; 218(5):610-4.
18. Doty J, Tompkins R. Management of cystic disease of the liver. *Surg Clin North Am*. 1989; 69(2): 285-95.
19. Lai E, Wong J. Symptomatic nonparasitic cysts of the liver. *World J Surg*. 1990; 14 :452-6.
20. Jenkins R, Johnson L. Surgical approach to benign liver tumors. *Seminars in Liver Disease*. 1994;14(2): 178-89.
21. Gigot JF, Legrand M. Laparoscopic treatment of nonparasitic liver cysts: adequate selection of patients and surgical technique. *World J Surg*. 1996; 20: 556-61.
22. Bean W, Rodan B. Hepatic cysts: treatment with alcohol. *AJR*. 1985; 144: 237-41.
23. Kairaluoma M, Leinonem A. Percutaneous aspiration and alcohol sclerotherapy for symptomatic hepatic cysts. *Ann Surg*. 1989; 210(2): 208-15.
24. Lin T, Chen C. Treatment of nonparasitic cystic disease of the liver: a new approach to therapy with polycystic liver. *Ann Surg*. 1998;168 (5): 921-7.
25. Litwin D, Taylor B. Nonparasitic cysts of the liver: the case for conservative surgical management. *Ann Surg*. 1997; 205(1): 45-8.
26. Calvo P, García G. Fenestración por vía laparoscópica en el tratamiento de la enfermedad poliquística del hígado sintomática. *Rev Esp Digest*. 1997; 89 (4): 329-31.
27. Fabiani P, Mazza D. Laparoscopic fenestration of symptomatic nonparasitic cysts of the liver. *Br J Surg*. 1997; 84: 321-2.
28. Klupp J, Bechstein W. Orthotopic liver transplantation in therapy of adjuvant polycystic liver disease. *Chirurg*. 1996; 67:515-21.

SUMMARY

We present a case of hepatic cyst rupture, in a 70-years-old patient, urgently surgically intervened as a result of a peritoneal syndrome, suspected of having a perforation of hollow viscera. We describe the anatomopathologic, radiological and clinical findings, and also the applied surgical therapeutic.

MeSH

LIVER NEOPLASMS/complications
LIVER NEOPLASMS/etiology
LIVER NEOPLASMS/diagnosis
LIVER NEOPLASMS/pathology
ABDOMEN, ACUTE/etiology
EMERGENCY MEDICAL SERVICES
HUMAN

AGED
FEMALE

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Lozano González Y. Ruptura de quiste hepático no parasitario como causa de síndrome peritoneal. Presentación de un caso. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2007; 29(5). Disponible en

URL: http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema_13.htm [consulta: fecha de acceso]