

Cartas al Director

Ictericia por quiste simple gigante del hígado

Palabras clave: Quiste hepático. Ictericia.

Key words: Hepatic cyst. Jaundice.

Sr. Director:

Los quistes hepáticos simples son únicos o múltiples (de 1 a 10 lesiones) y se localizan sobre todo en el lóbulo derecho. Se diagnostican de forma casual en el periodo post-natal o en la edad adulta, a partir de la quinta década de la vida. Suelen ser asintomáticos y menos del 20% de las personas con quiste hepático simple (QHS) tienen manifestaciones clínicas (1). La ictericia obstructiva por compresión de las vías biliares se relaciona con los quistes mayores de 10 cm. Se presenta el caso de una paciente con QHS gigante que cursó con ictericia. A propósito de ésta observación se discuten las diferentes opciones terapéuticas.

Caso clínico

Mujer de 84 años con antecedentes personales de quistes simples hepáticos hace 12 años y de una biopsia hepática compatible con quiste de etiología no parasitaria. Hace 2 años, en un control ecográfico, se objetivó un quiste de 15 cm de diámetro que afectaba a los segmentos IV, V y VI del hígado. Se hizo, por vía laparoscópica, apertura del quiste, extracción de todo el fluido intraquístico y resección de la cápsula quística periférica. Ingresó por dolor abdominal en el hemiabdomen superior, irradiado a espalda, náuseas, vómitos y síndrome

constitucional. El dolor se acompañó en los últimos días de ictericia mucocutánea, coluria y prurito. La paciente estaba afebril, no se palpaban adenopatías y tenía ictericia mucocutánea. La auscultación cardiopulmonar era normal. En la exploración abdominal se evidenció distensión con dolor en hipocondrio derecho a la palpación profunda, sin signos de peritonismo.

En la analítica de su ingreso destacaba: bilirrubina de 4.2 mg/dl y GPT de 320 UI/l. El resto de pruebas hepáticas, hemograma, amilasa y serología para *Echinococcus* fueron normales. En la ecografía abdominal se visualizaron varios quistes, uno de ellos de 11 cm de diámetro con pared calcificada y la vía biliar intrahepática dilatada. La RMN hepática puso de manifiesto una lesión quística, situada en el lóbulo derecho que comprimía el árbol biliar y comprometía al lóbulo izquierdo que estaba atrófico (Fig. 1). La bilirrubina llegó hasta 11.6 mg/dl. Ante éstos hallazgos se decide la colocación de un catéter de drenaje "pig-tail", guiado por TAC. Se extrajeron 120 cm³ de un líquido hemático turbio (Fig. 2a y 2b). El cultivo del fluido intraquístico fue negativo y no se observaron leucocitos. A los 10 días se retiró el drenaje, la bilirrubina descendió a 2.8 mg/dl, desapareció el dolor y fue dada de alta.

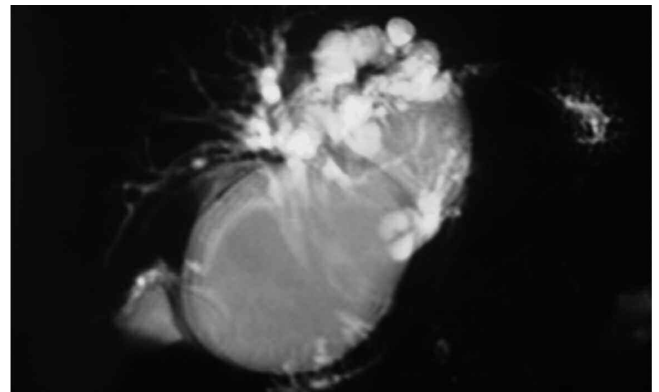


Fig. 1. RMN. Importante dilatación de vía biliar intrahepática y atrofia de lóbulo hepático izquierdo. Quiste gigante en el lóbulo derecho.

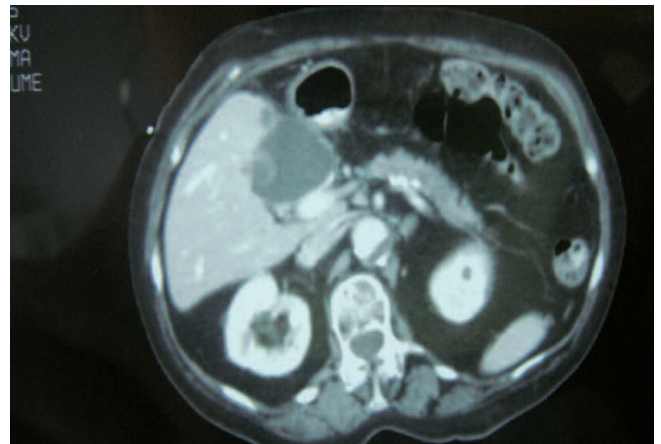
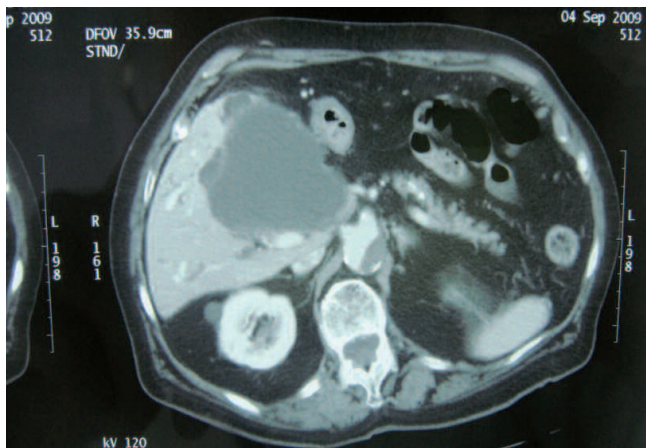


Fig. 2. (A) TAC previo a al drenaje. (B) TAC tras drenaje.

Discusión

Los QHS se consideran congénitos y no hereditarios. Se originan durante el desarrollo embrionario, a partir del epitelio biliar aberrante sin comunicación con el árbol biliar. El quiste simple suele estar revestido de una capa única de epitelio cuboideo y contiene líquido seroso. Son lesiones comunes que se hallan en el 5-14% de la población general, siendo más habituales en la mujer que en el hombre.

La mayoría de las personas con QHS solitario se encuentran asintomáticas. Sólo el 16-18% refiere distensión y dolor abdominal, plenitud gástrica o sensación de masa palpable en hipocóndrio derecho. Las complicaciones en éstos pacientes son: infección del contenido quístico, ruptura espontánea o traumática hacia la cavidad peritoneal, torsión del quiste si tiene un pedículo largo, hemorragia intraquística e ictericia obstructiva, como ocurrió en nuestro caso. Ésta es una complicación rara que sucede en los quistes superiores a 10 cm cuando producen una compresión extrínseca sobre los conductos biliares (2).

De las pruebas diagnósticas disponibles en la actualidad, la ultrasonografía es el método de elección. El QHS se presenta como una lesión anecoica, bien delimitada, con refuerzo sónico posterior y, excepcionalmente, calcificaciones en su pared. Cuando hay que hacer el diagnóstico diferencial con otras lesiones focales anecoicas, la PAAF permite el estudio bioquímico, citológico y microbiológico del contenido quístico (3). El tratamiento se plantea si hay complicaciones o síntomas relacionados con el quiste. La punción simple aspirativa del fluido intraquístico se acompaña de recidivas. Desde hace años, se usan sustancias esclerosantes (alcohol, doxiciclina, tetraciclina y minociclina) tras la evacuación del líquido intraquístico. En algunas series de QHS complicado se ha utilizado drenaje percutáneo junto a alcohol absoluto como esclerosante, con resoluciones de hasta el 100% (4,5). Para la práctica de ésta técnica se requiere ajustar el volumen de alcohol y hacer quistografía previa a la infiltración del mismo, además de controles posteriores hasta la resolución definitiva de la lesión. La cirugía debe reservarse para los casos en que fracase el tratamiento conservador, cuando sea imposible el abordaje percutáneo o exista comunicación biliar o recidiva. Si la

resección completa no es viable por su proximidad a estructuras vasculares o biliares con la pared quística, se aconseja la descompresión y apertura del quiste hacia la cavidad abdominal o la quistoyeyunostomía en Y de Roux. La técnica más empleada es la fenestración por vía laparoscópica, con una recurrencia de hasta el 14% y una morbilidad del 15% (6,7). En los quistes infectados es imprescindible el drenaje externo.

En nuestro caso, la edad de la enferma junto a la ictericia y a la hemorragia intraquística hizo que optásemos por el abordaje percutáneo del quiste.

M. Martos¹, A. Cosme^{1,4}, G. Garmendia², A. Beguiristain³,
L. Bujanda^{1,4} y A. Iribarren¹

¹Servicios de Servicio de Digestivo, ²Servicio de Radiología,
³Servicio de Cirugía General. Hospital Donostia.
San Sebastián, Guipuzcoa. ⁴CIBEREHD

Bibliografía

- Guglielmi A, Veraldi G. F, Furlan, Brunelli G, G. de Manzoni, V. Porretto et al. The therapy of symptomatic and/or complicated dysontogenic liver cysts. *Chir Ital* 1990; 42: 165-174.
- Terada N, Shimizu T, Imai Y, Kobayashi T, Terashima M, Furukawa S. et al. Benign, non-parasitic hepatic cyst causing obstructive jaundice. *Inter Med.* 1993; 32: 357-860.
- Lopez Cano A.-Quistes hepáticos no parasitarios, tratamiento percutáneo. *Rev Esp Eco Digest.* 2000; 2:19-23.
- López A, Tinoco I, Muñoz S, Coronell M. L., Dolores M., Muñoz A, et al. Drenaje percutáneo y posterior esclerosis con alcohol de un quiste hepático gigante no parasitario complicado. *Rev And Pat Digest.* 1997; 20:42-44.
- Montorsi M, Torzilli G, FumaGalli U, Bona S, Rostai R, de Simone M, et al. Percutaneous alcohol sclerotherapy of simple hepatic cysts. Results from a multicentre survey in Italy. *HPB Surg* 1994; 8:89-94.
- Zacherl J, Scheuba C, Imhof M, Jakesz R, Függer R. Long-term results after laparoscopic unroofing of solitary symptomatic congenital liver cysts. *Surg Endosc* 2000; 14: 59-62.
- Diez J, Decoud J, Gutierrez L., Suhl A, Marcello J. Laparoscopic treatment of symptomatic cysts of the liver. *Br J Surg.* 1998; 85:2 5-27.