

11209

143



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

División de Estudios Superiores
Facultad de Medicina

"QUISTES CONGENITOS DE HIGADO"

Revisión de la Literatura y presentación de un caso

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS DE POSTGRADO

Presentada por el Dr.

JORGE MARTINEZ VIVEROS

Para obtener la:

Especialidad en Cirugía General

R. Oropeza
Profesor encargado del Curso
Dr. Ramón Oropeza M.

Carlos Soberanes
Profesor Director de la Tesis
Dr. Carlos Soberanes Fernández



130
Excentricidad
20/10/58
30/10/58

Hospital General 1o. de Octubre
I.S.S.S.T.E.

México, D. F.

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dedicada con cariño a:

ANA MARIA

MARIANITA Y JORGE ARMANDO

Diciembre de 1983

C O N T E N I D O

1. Introducción
2. Datos Históricos
3. Embriología y Etiología
4. Epidemiología
5. Anatomía Patológica
6. Diagnóstico
7. Diagnóstico Diferencial
8. Tratamiento
9. Pronóstico
10. Anatomía Segmentaria del Hígado
11. Métodos de Manejo de la Cavidad Hepática Residual.
12. Reporte de un Caso
13. Comentarios
14. Bibliografía

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

I N T R O D U C C I O N

Los quistes no parasitarios del hígado son enfermedades poco comunes en la práctica clínica, su etiología es variada - y su sintomatología bastante inespecífica. (1)

Aparte de las variedades adquiridas, traumática (pseudociste), inflamatorio (específico y no específico) y neoplásico (benigno y maligno), es difícil, cuando se trata de las variedades congénitas, evaluar su incidencia clínica actual.

Estas lesiones pueden en ocasiones ser únicas, otras veces se presentan en forma múltiple. Asimismo pueden estar localizadas o encontrarse en forma difusa, por último pueden constar de uno o varios lóculos. (2)

La clasificación de quistes congénitos del hígado, basada esencialmente en su supuesta etiología incluye: A) La enfermedad solitaria ya sea 1) Unilocular o 2) Multilocular y B) La enfermedad poliquística difusa. Asimismo, se considera un origen común cuando la displasia quística se caracteriza por la afección del parénquima hepático completo y de otros parénquimas, especialmente el renal. Las dos formas antes mencionadas deben considerarse asociadas debido a las características clínicas y a los problemas terapéuticos comunes a ambas enfermedades cuando son sintomáticas. (1) (2)

La mayoría de los pacientes con quistes congénitos hepáticos no parasitarios cursan asintomáticos y el diagnóstico

del quiste solitario, unilocular o multilocular, o de la enfermedad poliquística difusa está por lo tanto basado generalmente sobre hallazgos transoperatorios incidentales o de autopsia. (1)

A lo anterior podemos relacionar el hecho de que por tratarse de un padecimiento poco común, cuando se manifiesta sintómicamente, no se sospecha su presencia en la práctica clínica, existiendo la tendencia primariamente a descartar otro tipo de patología hepática más frecuente como neoplasias abscesos y quistes hepáticos de origen parasitarios, aunque en un momento dado puede asociarse a estas entidades tal como lo describen algunos autores en sus trabajos. (2) (3)

Es necesario tomar en cuenta en el diagnóstico diferencial algunas otras enfermedades extrahepáticas, tales como vesícula biliar palpable, y quistes de origen pancreático o mesentérico.

El objeto de este trabajo es hacer una revisión de los conceptos actuales más importantes en relación a los quistes congénitos de hígado y presentar un caso con dicha patología manejado en el servicio de Cirugía General del Hospital General lo de Octubre del ISSSTE.



D A T O S H I S T O R I C O S

Hay considerable confusión y mucha dificultad en determinar el número de quistes hepáticos reportados en la literatura.

En 1846, Sir Benjamin C. Brodie (4), describió una masa quística en el cuadrante superior derecho del abdomen de una mujer joven y de la cual extrajo por aspiración líquido claro, desapareciendo la masa después de la aspiración. Este caso a sido a menudo referido como uno de los quistes congénitos solitarios mas tempranamente descritos, aunque la certeza de su origen no parasitario ha quedado en entredicho.

Wikle y Charache, establecieron que el caso mas tempranamente reportado fue el de Brisbane en Abril de 1856, en hallazgos postmortem, sin embargo Geist en su revisión lo reporta como enfermedad poliquistica. (4)

Algunos otros autores establecen que Gloz reportó el primer caso probado en 1864. (4)

Geist en su revisión de la literatura efectuada en 1955 revela que el primer caso fue el descrito por Michel en 1856 en un paciente masculino de 60 años de edad con una tumoración en la región hepática y el cual falleció ocho dias mas tarde a causa de una enfermedad diarreica cuyo estudio postmortem presentó un quiste en la superficie cóncava del hígado y que penetraba profundamente en el parénquima. (4)



Moschcowitz en 1906 reporta 85 casos y es uno de los -
primeros en considerar los aspectos etiológicos teóricos mas
aceptados. (1) (4) (5)

Posteriormente muchos otros autores han reportado nue-
vos casos y han revisado los anteriores y entre los trabajos-
mas notables se encuentran los de: Jones en 1923, Orr y Thurs-
ton en 1927, Stoesser y Wangesteen en 1929, Ackman y Rhea en-
1931, C.R. Davis en 1937 y Eliason y Smith en 1944. (4)

Asimismo, es importante la revisión de la literatura -
de Donald C. Geist en 1955 la cual refiere 170 casos y además
dos presentados por el propio autor. (4) (5)

También los trabajos realizados posteriormente por los
siguientes autores: Sanfelippo y cols en 1974 (6); Hadad y KC
Westbrook en 1977 (7); TY lin y CC Chen en 1968 (8); Longmire
en 1965 (9), asi como el de Sianesi y Farinson en 1982 (1). To
dos ellos relacionados basicamente con el manejo quirurgico ,
aspectos los cuales tocaremos mas adelante.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EMBRIOLOGIA Y ETIOLOGIA

Embriología. (10) (11)

El primordio hepático aparece hacia la mitad de la tercera semana de gestación en forma de evaginación del epitelio endodérmico en el extremo distal del intestino anterior. Esta evaginación, llamada divertículo hepático, consiste de cordones celulares de proliferación rápida que se introducen en el septum transversum; esto es: la placa mesodérmica entre la cavi - dad pericárdica y el pedículo del saco vitelino. Los cordones de células hepáticas siguen introduciéndose en el septum -- transversum, al tiempo que la comunicación entre el diverticu - lo hepático y el intestino anterior (duodeno) disminuye de calibre, formándose así el conducto biliar; éste produce una pe - queña evaginación ventral, que originará vesícula biliar y conducto cístico. Al continuar el desarrollo, los cordones hepáti - cos epiteliales se entremezclan con los senos sanguíneos de - las venas onfalomesentericas y umbilicales en el septum transversum y así se forma el tejido mesenquimatoso del hígado. Los componentes de tejido conectivo del hígado provienen del meso - dermo del septum transversum.

Por su crecimiento rápido ininterrumpido, el hígado se torna demasiado voluminoso para los límites del septum transversum y poco a poco sobresale en la cavidad abdominal. El me - sodermo del septum transversum situado entre la pared abdomi -



nal y el hígado se torna tenso y se adelgaza, lo cual forma una membrana delgada llamada ligamento falciforme. La vena umbilical, que en la etapa inicial esta en el mesodermo del septum transversum, se dispone en el borde libre y caudal del ligamento falciforme. De manera análoga, el mesodermo del septum transversum entre el hígado y el intestino anterior (estómago y duodeno) se torna tenso y membranoso, lo cual forma el epiplón menor. El borde caudal o libre del epiplon menor presenta al conducto biliar, vena porta y arteria hepática. Cuando el hígado sobresale caudalmente hacia la cavidad abdominal, el mesodermo del septum transversum situado entre el hígado y la pared anterior del abdomen se torna membranoso, formandose el epiplón menor y ligamento falciforme respectivamente. Estas estructuras, en combinación, constituyen la conexión peritoneal entre el intestino anterior y la pared anterior del abdomen y se llama mesogastrio ventral. El mesodermo sobre la superficie del hígado se convierte por diferenciación en peritoneo, excepto en la superficie cefálica; en esta zona el hígado sigue en contacto con la porción más cefálica del septum transversum; esta porción del septum consiste en mesodermo íntimamente empacado, y formara parte importante del diafragma. La superficie del hígado que está en contacto con el diafragma futuro nunca es revestida de peritoneo y se llama zona del hígado desprovista de peritoneo.

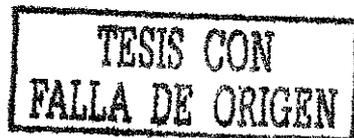


En la décima semana del desarrollo, el hígado pesa --
aproximadamente, el diez por ciento del peso corporal total .
Aunque ello pueda atribuirse en parte a los abundantes sinu --
soides de las venas onfalomesentericas y umbilicales, otro fac --
tor importante que contrubuye a aumentar el peso del hígado --
en esta etapa es la función hematopoyética. Entre las células
hepáticas y las paredes de los vasos se advierten nidos volu --
minosos de células en proliferación que originan eritrocitos --
y leucocitos. Esta actividad disminuye gradualmente en los dos
últimos meses de la vida intrauterina y en el neonato solo --
quedan pequeños islotes hematopoyéticos, y en esta etapa co --
rresponde al hígado sólo el cinco por ciento del peso corpo --
ral total.

Mientras ocurre lo anterior, la vesícula biliar y el --
conducto cístico se han desarrollado por completo, y este úl --
timo se ha unido al conducto hepático para formar el conducto
colédoco. La desembocadura del colédoco en el duodeno se tor --
na posterior, y , en consecuencia, el cóledoco pasa por detras
del duodeno.

Etiología.

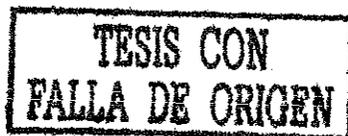
Hoy en día se acepta la teoría de la contención de --
Moschcowitz, (4) (12) (1) (11), por la que estos quistes se --



desarrollan a expensas de ductos biliares aberrantes o restos embriogénicos, dilatándose progresivamente al no existir comunicación con el tracto biliar adulto, teoría que es válida para la enfermedad poliquística del hígado.

Moschcowitz fue uno de los primeros en considerar la etiología de los quistes hepáticos. (4). En 1906, él revisó 85 casos. Estos fueron casos de enfermedad poliquística y estaban asociados con enfermedad similar en otros órganos, mas frecuentemente el riñón. Fue su creencia que los quistes no parasitarios del hígado, estaban asociados con anomalías congénitas -- del hígado, produciéndose a partir de ductos biliares aberrantes intrahepáticos y extrahepáticos. Él creyó que estos representaban restos embrionarios y que ellos solamente ocurrían en enfermedad quística del hígado y del riñón. Los quistes hepáticos no parasitarios en su opinión se originan en estos -- ductos aberrantes y se producen por dos caminos: Pueden provenir de hiperplasia inflamatoria de los conductos o por obstrucción de los mismos, con la retención de líquido y la formación del quiste. Moschcowitz no dio por válida la razón de considerar tales quistes como tumores verdaderos. (11)

Norris y Tyson (4) concluyeron de sus estudios hechos en niños con enfermedad poliquística hepática que los quistes son de tipo degenerativo, provenientes de alguna extensión anormal del proceso de resorción la cual ocurre normalmente en las primeras generaciones de los conductos biliares formados



C.R. Davis (4) fue uno de los primeros en dividir los quistes en dos grupos: Uno representando a la enfermedad poliquística de varias visceras y el otro a los quistes solitarios . Posteriores escritores generalmente han reconocido y aceptado esta división.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

E P I D E M I O L O G I A

Incidencia.

La incidencia global de los quistes solitarios de hígado es muy difícil de precisar, aunque parece ser mucho más raro que la enfermedad poliquística del hígado. Sin embargo, su incidencia clínica, como quistes sintomáticos o como hallazgos operatorios parece ser mayor. (3)

Peter M. Sanfelippo encontró una incidencia de 17 en 10 000 (6), exploraciones abdominales, lo cual coincide con otros reportes. Se ha descrito una incidencia en autopsia de el 0.15 % (2)

El sexo femenino presenta la enfermedad mas frecuentemente en una relación de 4:1. (2) (3) (4) (11)

A pesar de que han sido descritos casos desde fetos a personas de mas de 90 años, (13), la mayor proporción de casos reportados se encuentra en la cuarta, quinta y sexta década de la vida.

No se han descrito diferencias significativas en relación a raza, localización geográfica ni medio socioeconómico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A N A T O M I A P A T O L O G I C A

Macroscópicamente estos quistes pueden clasificarse en pequeños, menos de 4 cms de diámetro, medianos de 4 a 15 cms y gigantes mayores de 15 cms. Se han descrito casos en la literatura en que los quistes son tan grandes que pueden semejar un embarazo de término. (3) (4)

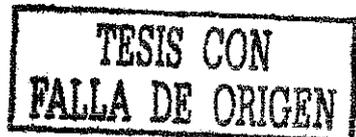
Los quistes menores de 10 cms de diámetro generalmente son los que cursan asintomáticos. (3)

Generalmente se presentan en la superficie anteroinferior del lóbulo derecho del hígado, éste mismo lóbulo se ve afectado aproximadamente el doble de ocasiones que el lóbulo izquierdo. (3) (4) (11)

Aunque solitarios, pueden ser uni o multiloculares y presentan pared lisa, menor de 1 cm de grosor, que desplaza vasos sanguíneos, ductos biliares y comprime el parénquima hepático adyacente. (3) (14)

Los quistes usualmente presentan una forma redondeada u oval bien encapsulados y circunscritos, y varían de color del blanco grisáceo al amarillento o al café. A menudo porciones del quiste pueden estar cubiertas totalmente por tejido hepático normal.

Numerosos vasos sanguíneos de buen tamaño pueden extenderse dentro o cerca de la pared del quiste, así mismo en ocasiones otros órganos pueden estar adheridos.



El desplazamiento de visceras adyacentes por el tumor se presenta comunmente, esto es especialmente cierto en relación con la vesícula biliar, el estómago, el duodeno y el colon

El líquido contenido generalmente es acuoso aunque en ocasiones puede ser un poco espeso, la cantidad es variable de unos pocos mililitros hasta aún 17 000 ml como en un caso reportado por Burch y Jones (4). Su aspecto es claro y la coloración puede variar del amarillento, verdoso o aún café. El examen bacteriológico es negativo excepto en los casos complicados. (1) (3)

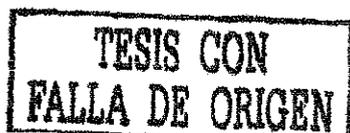
En el examen químico puede encontrarse albúmina, glucosa, nitrógeno proteico y no proteico, bilirrubinas, colesterol, cloruros, calcio, fósforo, y aún restos de tejido epitelial. (3)

Shaack ha sido quien ha descrito su aspecto microscópico de la manera mas aceptada.

Pueden distinguirse microscópicamente tres capas: Una externa de colágeno, conteniendo algunas fibras musculares, ductos biliares y células hepáticas comprimidas; una capa media con elementos vasculares y una capa interna con células epiteliales, en general planas o cuboides similares al epitelio biliar, aunque a veces pueden ser altas y columnares, productoras de moco, ciliadas y hasta escamosas. (14) (15)

En ocasiones la capa externa puede ser indeterminada - consistiendo de tejido fibroso el cual puede ser el resultado de presión o de reacción inflamatoria. (12)

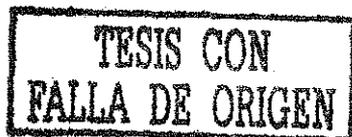
Caracteristicamente estos quistes tienen una presión -



interna baja en contraste a la presión alta del quiste parasitario. La enfermedad poliquística del hígado tiene apariencia de panal de abeja con múltiples cavidades, y las lesiones están distribuidas a través del hígado entero, pero en ocasiones un lóbulo preferentemente el del lado derecho se encuentra afectado. A diferencia del quiste solitario no parasitario la enfermedad poliquística del hígado esta frecuentemente asociada con afección quística de otros órganos: 51.6% de hígados poliquísticos están asociados con riñones poliquísticos. Contrariamente la incidencia de quistes hepáticos en pacientes con enfermedad renal poliquística conocida varia entre 19 y 34 %. (2)

Los hígados poliquísticos han estado implicados como rara causa de hipertensión portal y también han sido asociados con atresia de los conductos biliares, colangitis y hemangiomas.

El hallazgo de neoplasias a partir de estos quistes congénitos hepáticos es extremadamente raro y los casos conocidos hasta la fecha son los reportados por: Willis en 1943 (3), Richmond en 1956 (16), Ameriks en 1972 (17), Greenwood en 1972 (3) y Luengo y Cambor (3) en 1980; aunque cabe hacer notar que los casos de Willis y Richmond correspondían a enfermedad poliquística y solo los tres últimos relacionan al quiste solitario con neoplasia maligna. (3)



D I A G N O S T I C O

Es difícil establecer en ocasiones el diagnóstico de esta enfermedad, debido a que como se ha mencionado antes, a causa de que es poco frecuente, pocas veces se piensa en ella, y además el hecho de que solamente cuando los quistes alcanzan un tamaño suficiente para provocar síntomas clínicos se puede sospechar su presencia. Cabe hacer notar que la sintomatología cuando está presente es poco específica del problema, y generalmente está orientada hacia trastornos digestivos vagos y la presencia de masa abdominal, cuando el tamaño de ésta permite su detección.

Ambas, las lesiones solitarias y las poliúísticas crecen lentamente.

Así tenemos que su presencia se ha detectado cuando han cursado sin sintomatología como hallazgos transoperatorios o como hallazgos de autopsia.

El síntoma más común de la enfermedad es el dolor, el cual generalmente es sordo, está localizado hacia el abdomen superior y se agrava con movimientos bruscos del cuerpo, como resultado de un efecto de masa ocupativa intrabdominal (18). Cuando el dolor se torna agudo y severo, una complicación puede sospecharse: hemorragia intraquistica, ruptura del quiste con peritonitis, infección aguda del contenido del quiste o raramente torsión de un quiste pediculado. (19)



Algunos otros autores como Wellwood y Coutsoftides (12) (20), refieren como síntoma mas frecuente la presencia de masa abdominal en el cuadrante superior derecho y el aumento de volumen abdominal, sin embargo otros reportes han variado la frecuencia de dicho síntoma entre 50 y 87 %.

El vómito es un síntoma frecuente, y la ictericia se presenta en 5 a 9 % de los casos y también son el resultado del efecto ocupativo del quiste sobre visceras adyacentes. (1) (13)

En aproximadamente 50 % de los casos, la enfermedad se presenta como una masa abdominal aislada. (6)

También la hepatomegalia puede encontrarse en forma frecuente en la examinación clínica y se puede extender desde apenas por abajo del reborde costal derecho, hasta 20 o mas centímetros de este dependiendo del tamaño del quiste.

En algunas ocasiones, la naturaleza multilocular de la masa hepática puede ser palpada. (1)

Hay otros síntomas menos frecuentes, tales como nausea, disfagia, aumento de peso, anemia o anorexia.

La pérdida de peso, un síntoma raro, debe por lo tanto llevarnos a sospechar la presencia de un quiste neoplásico. (3)

Con la palpación abdominal no es facil diferenciar la masa quística, creyendo estar dentro o detras del hígado, de una vesícula biliar palpable o de un quiste pancreático o mesentérico. (1)



Estudios de Laboratorio.

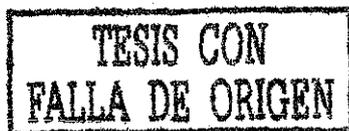
Las pruebas de laboratorio, tales como pruebas funcionales hepáticas, generalmente no muestran alteraciones, y cuando manifiestan alguna anomalía, ésta suele ser inespecífica y de poco valor interpretativo. (21)

Únicamente son de ayuda los casos en los cuales las pruebas para diagnóstico de equinocosis son positivas y la eosinofilia está presente. (1)

Ocasionalmente cuando algún quiste presenta alguna complicación, ésta se ve reflejada en algunos exámenes de laboratorio, así tendremos que un quiste hemorrágico puede alterar la hemoglobina y el hematocrito. La infección del contenido del quiste nos puede presentar alteraciones en la fórmula blanca, básicamente con la presencia de leucocitos y neutrofilia. (19)

Los casos que han presentado ictericia clínica han mostrado elevación de los niveles de bilirrubinas séricas a expensas de la fracción directa, como consecuencia de la compresión extrínseca del árbol biliar por la masa quística. Los niveles séricos de bilirrubinas alcanzables están directamente relacionados con el grado de obstrucción de las vías biliares.

A excepción de estos casos, en los cuales las alteraciones en las pruebas de laboratorio están dadas primordialmente por una complicación, en todos los demás casos no habrá alteraciones bioquímicas. (19)



Son necesarias por lo tanto las investigaciones que a continuación se mencionan para establecer un diagnóstico preoperatorio.

Estudios Radiológicos.

La teleradiografía de tórax nos puede mostrar la presencia de un hemidiafragma derecho elevado, generalmente sin derrame pleural, excepto en los casos en que el contenido quístico se ha infectado, y que éste se encuentra cerca del diafragma, pudiendo haber cierto grado de reacción pleural o aún la presencia de derrame. (1)

Las radiografías simples de abdomen, pueden revelar la presencia de una densidad la cual sugiere una masa en el cuadrante superior derecho, En muy raras ocasiones se puede observar calcificación. Es probable que se observe desplazamiento de la cámara gástrica así como del ángulo hepático del colon y del transversos.

El estudio de Serie Esófago Gastro Duodenal nos muestra una deformidad del estómago, así como un rechazamiento a nivel de la curvatura menor,; también el duodeno puede presentar dichas alteraciones. Lo anterior es reflejo de la presencia de una masa extrínseca (1). Asimismo se puede observar una capacidad gastroduodenal limitada así como puede haber retardo en el vaciamiento y en general del tránsito a ese nivel (6).



El Enema de Bario suele presentar una deformidad y -- desplazamiento del ángulo hepático del colon así como de las porciones ascendente y transversa. (1) (6)

Estos estudios nos hablan de la presencia de una masa que siendo extríntrica se encuentra desplazando o deformando alguna porción del tubo digestivo, pero no nos indica el sitio preciso de su origen, aunque topográficamente se puede sospechar.

Algunos otros estudios radiográficos mas orientadores con respecto al sitio de origen de la masa son:

a) Se ha postulado a la Arteriografía del Tronco Celiaco como uno de los estudios de mayor certeza entre otros para el diagnóstico preoperatorio de los quistes hepáticos (1) (12). Se observa en el estudio, una o varias areas avasculares con desplazamiento de la arteria hepática o de sus ramas durante la fase arterial del estudio. Mas tarde en la fase venosa del hepatograma, las areas continuan apareciendo como defectos de llenado sin las imágenes de hipervascularidad vistas en los hepatomas. En algunas ocasiones se pueden detectar la presencia de sangrado dentro de la cavidad quística mediante este procedimiento. (12)

b) La colangiografía intravenosa, lo mismo que la colangiografía percutanea transhepática o la endoscópica retrógrada en los casos de ictericia puede mostrar deformación de las vias biliares extrahepáticas, y aún de la vesícula -



biliar . En ocasiones se ha encontrado presente la asociación con litos vesiculares. (18)

c) Siempre que se sospeche la presencia de enfermedad hepática poliquística debe efectuarse una Urografía Excretora para establecer la presencia de enfermedad poliquística renal asociada. (1) (4) (12)

Otros Estudios.

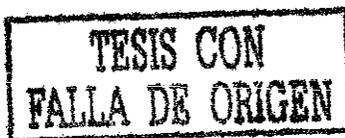
La gammagrafía hepática es un estudio fácil que únicamente permite una apreciación inespecífica de la patología del hígado a través de la demostración de uno o múltiples defectos de llenado, pero sin determinarnos la naturaleza de la lesión (1).

Asimismo, la gammagrafía dinámica poco auxilia ya que los quistes no producen prácticamente ninguna alteración funcional del hígado.

La Ultrasonografía y la Tomografía Axial Computada son procedimientos ampliamente usados y que pueden indicar el diagnóstico preoperatorio correcto. (22)

Las imágenes ultrasonográficas se manifiestan como áreas libres de ecos dentro del parénquima hepático y que en ocasiones pueden presentar tabicamientos y aún dobles imágenes (22).

El estudio ultrasonográfico es el método no invasivo -



preferido de elección, ya que además de que es muy fácil de -
hacer, su precio es mas accesible que la Tomografía Axial Com
putarizada y hay mayor disponibilidad para efectuarlo. Asimis
mo sus resultados y certeza diagnóstica no tienen practicamen
te ninguna diferencia en relación a los obtenidos con la Tomo
grafía Axial Computada. (1)

Finalmente, la Laparoscopia es un procedimiento diag -
nóstico decisivo ya que produce a traves de la visualización
directa de las lesiones el diagnóstico correcto. (1) (2)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

D I A G N O S T I C O D I F E R E N C I A L

Existen varias patologías con las cuales se puede confundir la presencia de los quistes congénitos hepáticos, entre ellas podemos contar a los quistes pancreáticos, pseudoquiste y quistes del mesenterio. Así mismo como mencionamos anteriormente una vesícula biliar palpable de cualquier origen nos puede semejar una masa quística de origen hepático.

Sin embargo hay tres entidades con las cuales debemos de tener mayor atención en el momento de diferenciar una tumoración abdominal en el cuadrante superior derecho del abdomen, éstas tres patologías son: Quistes hepáticos parasitarios, Absceso Hepático Amibiano y Hepatoma.

Cualquiera de las tres entidades anteriores pueden ser de difícil diagnóstico preoperatorio y en ocasiones la diferencia solo se puede establecer en el momento de la exploración quirúrgica.

Quistes Hepáticos Parasitarios. Su evolución clínica en un momento dado puede ser similar a la de los quistes congénitos no parasitarios, sin embargo en los estudios de laboratorio se puede establecer la diferencia al presentar una reacción de Casoni positiva y eosinofilia los de origen parasitario. Los estudios de gabinete pueden no mostrar diferencias, pero en el momento de la operación suele identificarse, el parásito macroscópicamente, así como hay diferencias en



las características macroscópicas del quiste.

Absceso Hepático Amibiano. Aunque esta entidad nos puede presentar una masa en región superior del abdomen así como hepatomegalia, su evolución clínica es más rápida, hay importante ataque al estado general, fiebre, leucocitosis, y aún en ocasiones estado séptico. Además aunado el cuadro a antecedentes de colitis de origen amibiano, podemos orientar nuestro diagnóstico hacia el origen del problema. La demostración serológica de anticuerpos anti amiba (Serameba) nos es de gran utilidad en el establecimiento del origen de la patología. También podemos contar con la demostración del parásito al momento de la operación así como las características del material contenido dentro de la cavidad es específico.

Cuando un quiste congénito no parasitario se complica con infección es difícil establecer la diferencia en el estudio preoperatorio.

Hepatoma: Esta patología en un momento dado también nos puede crear dificultades para diferenciarlo de un quiste no parasitario, ya que se puede presentar un cuadro clínico-similar, con estudios de gabinete con poca especificidad a excepción de el estudio arteriográfico de tronco celiaco el cual la mayoría de las veces es muy demostrativo. Un dato muy importante en relación a esta patología y que puede ser muy orientador es la pérdida de peso y el ataque al estado general característico de las neoplasias.



T R A T A M I E N T O

Referente al tratamiento, solamente los quistes hepáticos sintomáticos, así como los que se reconocen como hallazgos transoperatorios requieren tratamiento quirúrgico; en relación al último punto hay controversia entre diversos autores, con respecto al manejo de los quistes encontrados como hallazgos transoperatorios y que nunca han cursado con sintomatología, ya que algunos prefieren no darles tratamiento y otros mencionan la necesidad de manejarlos quirúrgicamente en vías de evitar posibles complicaciones. A este respecto, es uno de los puntos que debe valorar el cirujano dependiendo de la enfermedad que originó la intervención quirúrgica, así como el estado clínico del paciente y las características propias del quiste. (1)

Así mismo es necesario por lo tanto reconocer el tipo de quiste antes de decidirse sobre el procedimiento quirúrgico a realizar. La localización y extensión del quiste y la posible comunicación entre la cavidad quística y los conductos biliares aunque rara sugiere la posibilidad de efectuar estudios colangiográficos transoperatorios. (2) Por otra parte es importante reconocer los quistes neoplásicos cuando estén presentes, ya que esto hará cambiar los criterios de manejo. En ocasiones cuando se dude acerca del posible origen neoplásico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

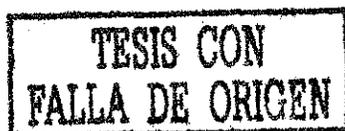
del quiste debe efectuarse un estudio anatomopatológico transoperatorio, para normar la conducta a seguir. (20)

Con excepción de la ruptura, torsión y hemorragia intraquística, el tratamiento es electivo.

Un número de métodos de tratamiento para quistes congénitos no parasitarios del hígado han sido usados incluyendo : Aspiración y descompresión, Penetración, Resección Parcial o - Total de los Quistes, Drenaje Interno, Drenaje externo, Cistoen-terostomía y Resección hepática parcial. Ningún método parece ser superior en todos los casos, y la elección del procedi-miento va a determinarse por medio de la valoración del esta-do clínico del paciente y de las características propias del-quiste.

La aspiración del quiste está reservada para los ca-sos en los cuales el paciente cursa con un riesgo quirúrgico-muy elevado y que sería difícil tolerara un procedimiento qui-rúrgico de mayor extensión y duración, así mismo suele em-plearse en aquellos casos en que el quiste ha cursado asinto-mático por completo y es descubierto durante una laparotomía-exploradora por otro padecimiento. Existe también la indica-ción de efectuar aspiración y descompresión de los quistes en los casos de enfermedad poliquística del hígado. (2) (4)

Idealmente el tratamiento de elección es la excisión--completa del quiste (1) (7) (9) (12), ya sea por enucleación o



resección hepática que incluya una resección atípica, segmentaria o lobectomía. Los quistes solitarios que son superficiales deben ser resecados pero la resección de un gran quiste extendiéndose profundamente dentro del parénquima puede ser peligrosa, en estos casos la alternativa es efectuar ya sea una excisión subtotal o una cistoyeyunostomía. (23)

La excisión subtotal debe abarcar al menos un tercio de la pared del quiste para asegurar un drenaje continuo del líquido del quiste dentro del peritoneo. Las raíces biliares dentro de la pared del quiste que han sido divididas deben ser controladas mediante cuidadosa sutura individual así como también por sutura continua del margen de corte completo. El abdomen debe ser cerrado sin drenaje externo para reducir el riesgo de infección de la cavidad quística residual. (23)(24)

En los casos en que se trata de un quiste lleno de bilis y una conexión con el sistema biliar en la profundidad del quiste y en el cual la ligadura o sutura de dicha comunicación presentara dificultad técnica o fuera peligrosa debe emplearse como medida de tratamiento la Cistoyeyunostomía en Y de Roux como la recomiendan Longmire, Mandiola y Gordon (1) (7) (11) (24).

La cistoyeyunostomía en Y de Roux también debe ser usada cuando una excisión subtotal fuera peligrosa como en el paciente con fibrosis hepática congénita e hipertensión portal. (20)



Cuando el quiste se ha complicado con infección de su contenido y se encuentra material purulento dentro del mismo es preferible efectuar un drenaje externo y marsupialización. (4)

Con enfermedad poliquística del hígado y serio involucramiento renal, la terapéutica excisional para el quiste hepático está contraindicada. (2)

En estos casos está indicada la descompresión quirúrgica extensa, o aun mejores resultados ha producido el procedimiento de Lin, Chen y Wang consistente en la fenestración de los quistes en forma múltiple. (8)

La resección hepática se deja para aquellos pacientes en los cuales el quiste presenta un tamaño muy importante y que las condiciones del paciente permitan una cirugía amplia asimismo para aquellos casos en los cuales coexiste un proceso neoplásico concomitante en las paredes del quiste. (3)

Los resultados con los procedimientos han sido variables, pero en términos generales se reconoce que los procedimientos menores como la aspiración condicionan en un momento dado una posible recidiva. De la misma manera los procedimientos mas amplios prácticamente aseguran la resolución del problema. (20)

La tasa de mortalidad operatoria varia del 2.4 al 5.1% segun reporte de diversos autores.



El manejo de la cavidad hepática residual es variable de acuerdo a las preferencias del cirujano así como las condiciones y características del quiste a tratar. (25)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

P R O N O S T I C O

En casos de quistes solitarios congénitos, el pronóstico para la función hepática es bueno, dado las características de los mismos.

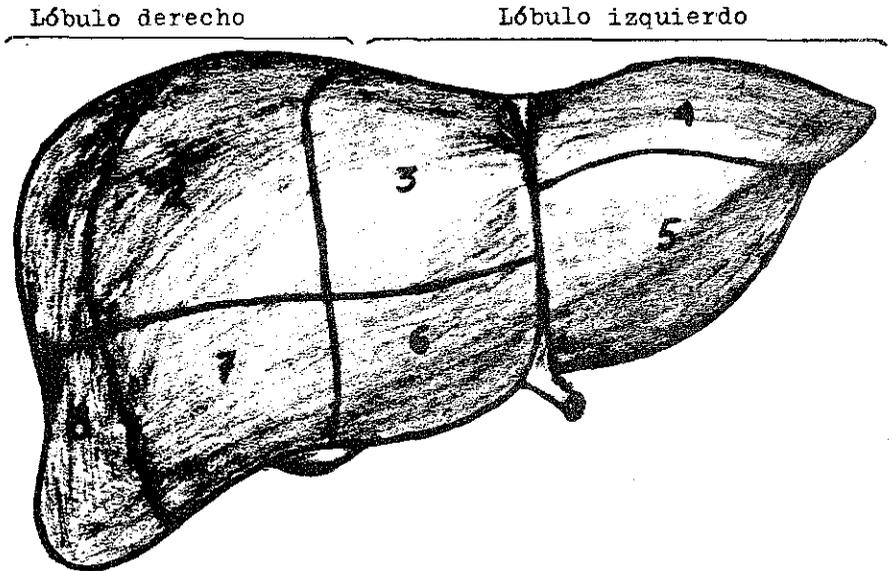
El pronóstico de la enfermedad poliquística es esencialmente el mismo que el de la enfermedad renal acompañante. Insuficiencia hepática, ictericia y manifestaciones de hipertensión portal son raras. La tasa de mortalidad para quistes no parasitarios de hígado tratados quirúrgicamente es aproximadamente del 5 %.

La morbilidad es usualmente relacionada con el desarrollo de una cavidad residual persistente.



ANATOMIA SEGMENTARIA DEL HIGADO.

Figura 1.



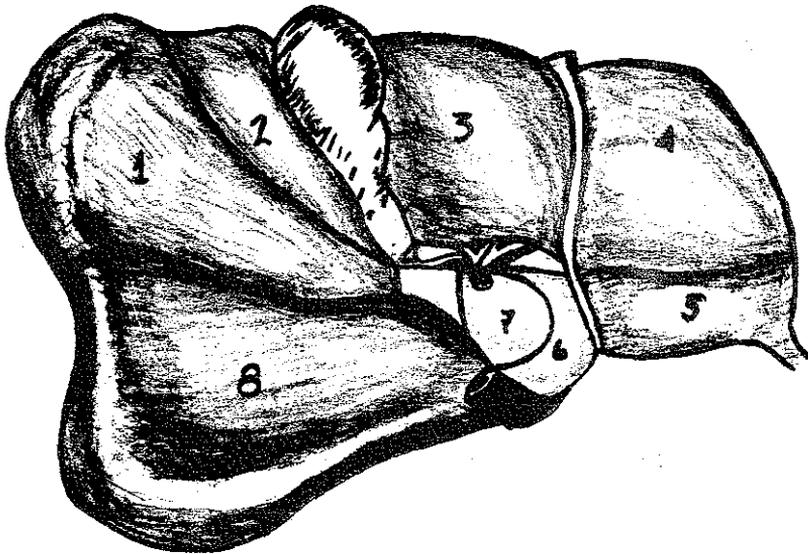
1. Posterosuperior
2. Anterosuperior
3. Medial superior
4. Latero superior

5. Lateroinferior
6. Medial inferior
7. Antero inferior
8. Postero inferior

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANATOMIA SEGMENTARIA DEL HIGADO

Figura 2.



1. Posteroinferior
2. Anteroinferior
3. Medial inferior
4. Lateroinferior

5. Laterosuperior
6. Medial superior
7. Caudado
8. Posterosuperior

La incisura lobular mayor, que separa el lóbulo derecho del izquierdo, pasa desde la vena cava inferior y a lo largo del lecho vesicular.

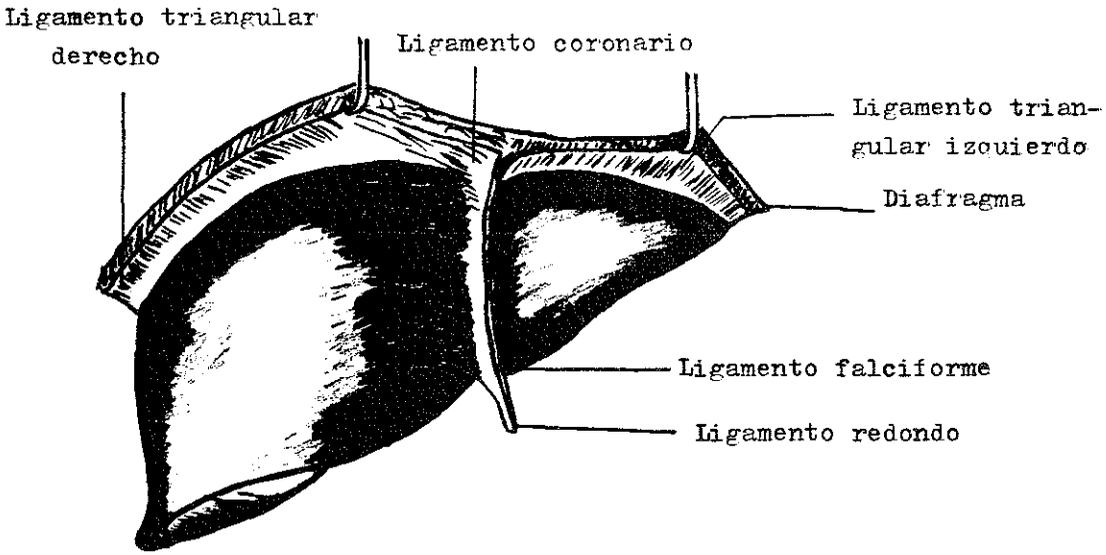


Figura 3.

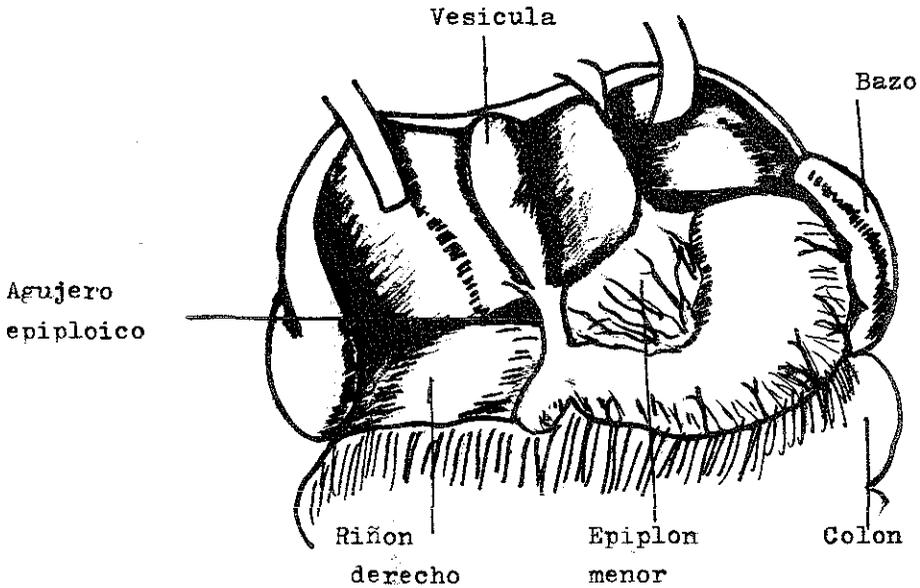
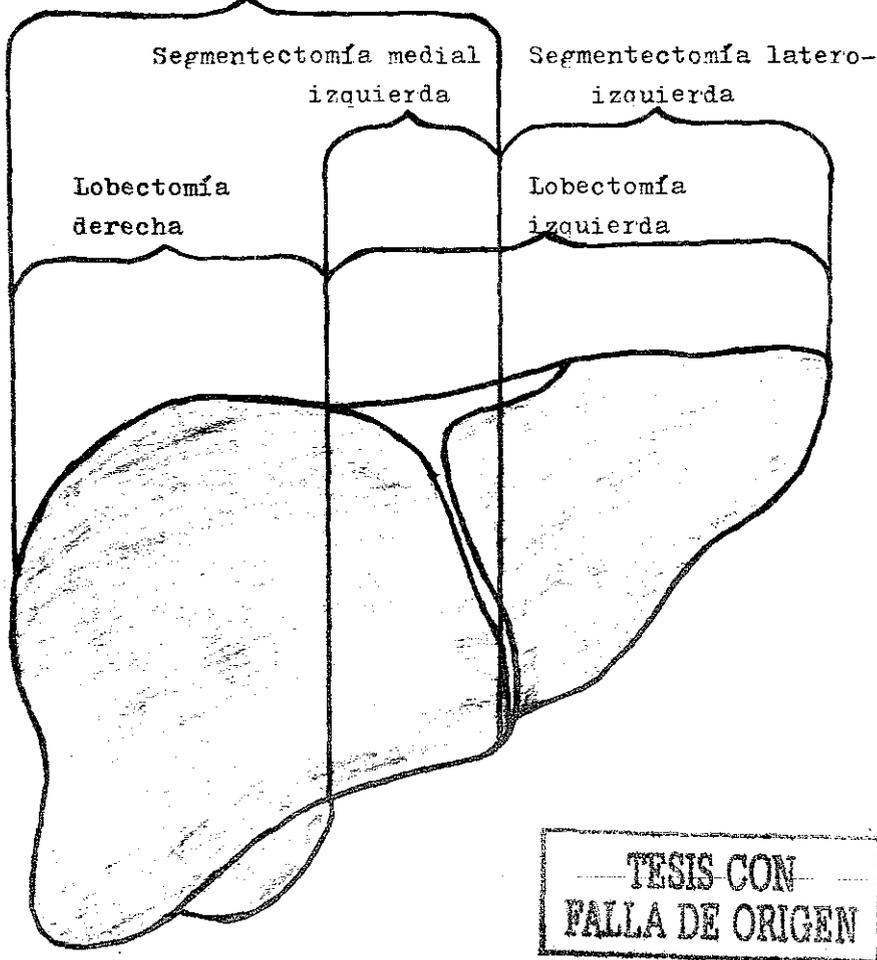


Figura 4.

Relaciones hepáticas a los órganos abdominales adyacentes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Trisegmentectomía o lobectomía derecha extendida.



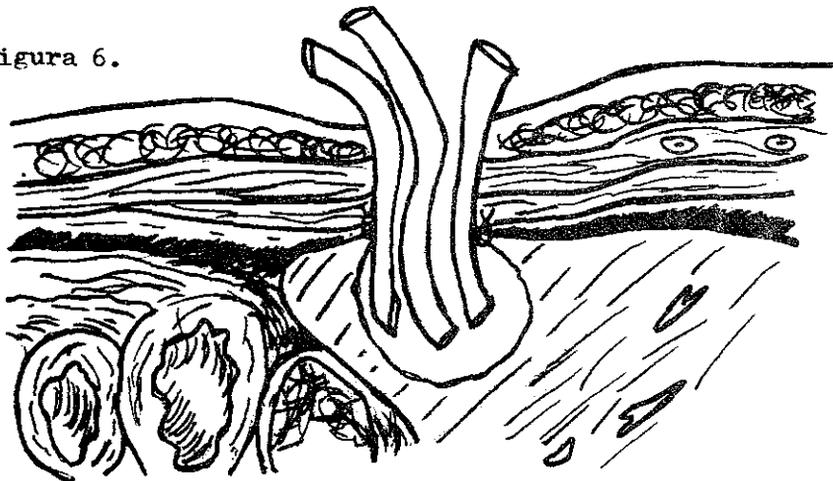
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 5.

Terminología de diversas resecciones segmentarias del hígado. La lobectomía a veces se denomina hemihepatectomía.

MÉTODOS DE MANEJO DE LA CAVIDAD HEPÁTICA RESIDUAL.

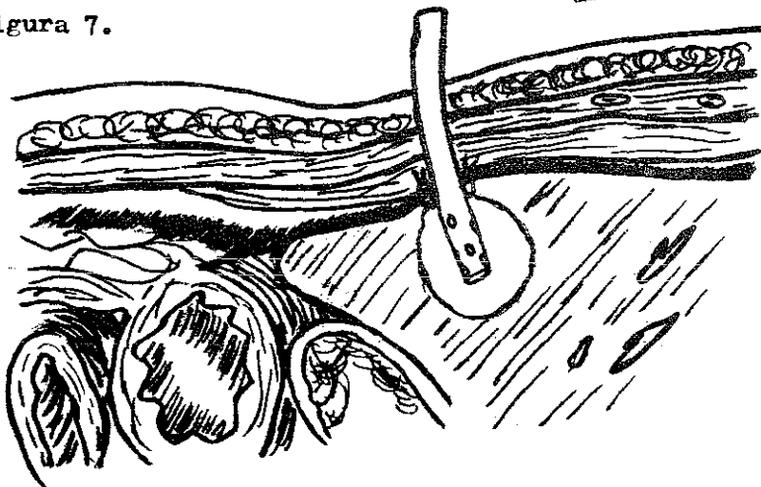
Figura 6.



Marsupialización. Los bordes de la cavidad son suturados a la pared abdominal, y varios drenajes son insertados en la profundidad de la cavidad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

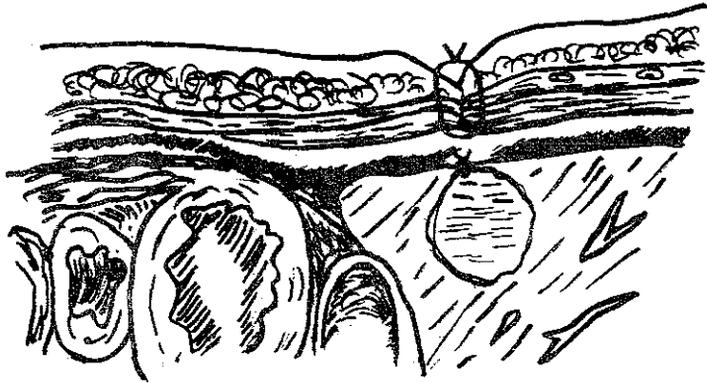
Figura 7.



Variante de la marsupialización. Un cateter es insertado dentro de la cavidad y se usa un drenaje cerrado.

MÉTODOS DE MANEJO DE LA CAVIDAD HEPÁTICA RESIDUAL.

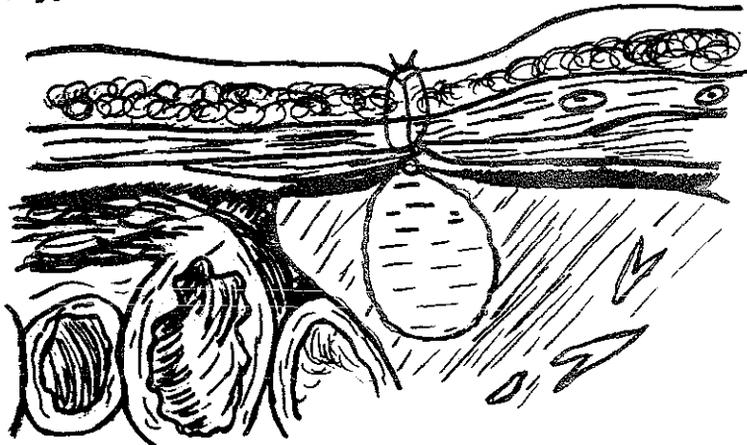
Figura 8.



Sutura sin drenaje. (capsulorrafia). La cavidad es llenada con solución salina estéril y la capa adventicia se cierra sin drenaje.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

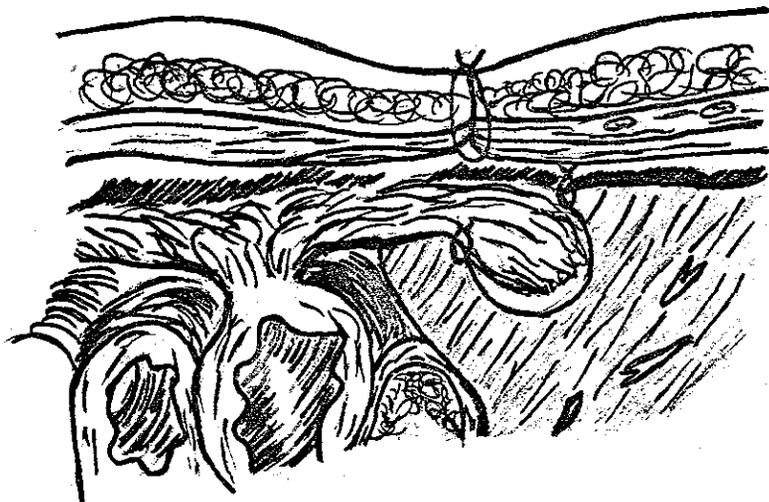
Figura 9.



Mismo procedimiento que el anterior. En este caso, se sutura el peritoneo parietal a la periferia de la capsula para facilitar el drenaje extraperitoneal en caso de infección secundaria.

METODOS DE MANEJO DE LA CAVIDAD HEPATICA RESIDUAL.

Figura 10.



Omentoplastia. El epiplón es usado para llenar la cavidad remanente y es suturado a la periferia de la cápsula fibrosa. El pedículo vascular del epiplón absorbe los exudados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

R E P O R T E D E U N C A S O

Se trata de un paciente del sexo femenino de 52 años - de edad, originaria de un medio socioeconómico bajo, con malos hábitos higienicodietéticos, alimentación deficiente en aporte proteico, con antecedentes de haber padecido enfermedades eruptivas en la infancia, infecciones repetidas de vías urinarias durante los últimos cuatro años, intervenida quirúrgicamente por apendicitis y hernia umbilical. Gesta XII Para XI - Cesarea I. Menopausia a los 45 años.

Ingresa al hospital por haber notado desde 8 días antes aumento de volumen abdominal importante, sensación de pesantez en epigastrio y mesogastrio, persistente, la cual se acentuaba con los movimientos del cuerpo, además nota la presencia de una masa en epigastrio y cuadrante superior derecho del abdomen, la cual había aumentado de tamaño en forma progresiva durante los últimos días. Además refería hiporexia - adinamia, vómitos, náuseas e hipertermia no cuantificada. No había historia de pérdida de peso ni de ictericia.

Al momento de la exploración física se encontró aumento de volumen de hemiabdomen derecho, principalmente en el cuadrante superior derecho en donde se apreciaba la presencia de una masa dolorosa de bordes bien limitados aproximadamente 20 cms de diámetro así como hepatomegalia de 8-10 cms por debajo del reborde costal derecho.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los exámenes de laboratorio: Biometría Hemática, Química Sanguínea, Pruebas de Funcionamiento Hepático y Pruebas de Coagulación no mostraron alteraciones.

Los estudios radiológicos: Tele radiografía de torax - mostró elevación del hemidiafragma derecho sin reacción pleural. Las radiografías del abdomen simples presentaron una - sombra difusa en el cuadrante superior derecho y además confirmaron la hepatomegalia.

Un primer estudio ultrasonográfico de ingreso mostró - la presencia de una masa quística en el parénquima hepático.

Un segundo estudio ultrasonografico mostró la presencia de una zona libre de ecos con doble imagen quística a nivel del lobulo izquierdo del hígado.

La serie esofagogastroduodenal presentó rechazamiento del estómago con deformación a nivel de la curvatura menor - por compresión extrínica.

El estudio de enema de bario mostró asimismo rechazo - miento hacia la izquierda y hacia abajo del colon ascendente ángulo hepático y colon transversal.

Se realizó Laparotomía Exploradora, encontrándose como hallazgos, la presencia de quiste bilocular, intrahepático de aproximadamente 20 cm de diámetro en el lóbulo izquierdo. Uno de los lóculos se encontraba abscedado con presencia de 1500 cc de material espeso café verdoso el cual fue drenado. El otro lóculo contenía 500 cc de material claro líquido de as -

pecto xantocrómico discretamente teñido de bilis.

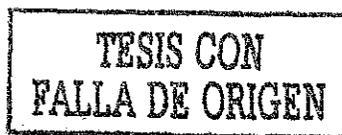
El procedimiento quirúrgico realizado fue la Excisión Total del quiste, manejándose la cavidad hepática residual - con colocación de tubo de drenaje externo, previo lavado de - la cavidad con solución salina.

El aspecto macroscópico de las paredes del quiste mos- tro una superficie lisa de color grisáceo, opaca y de aproxi- madamente 5 mm de espesor.

El aspecto microscópico de las paredes del quiste re- portó la presencia de tejido fibroso, granulomatoso y con - restos de tejido epitelial de tipo biliar. Asimismo no se en- contraron depósitos de colesterol.

La evolución postoperatoria de la paciente fue satis- factoria siendo egresada al séptimo día postoperatorio. El - tubo de drenaje externo se mantuvo durante 47 días y fue re- tirado previa abscedografía, presentando un drenaje práctic- mente negativo y con una reducción muy importante del tamaño de la cavidad.

La paciente ameritó reinternamiento en el día 64 de - postoperatorio por haber presentado 6 días antes presencia - de hepatomegalia fiebre y dolor. Se reintervino quirúrgica - mente encontrándose absceso de la cavidad residual hepáti - ca, drenándose en esta ocasión 900 cc de material purulento- color amarillento. Nuevamente se manejó con drenaje externo

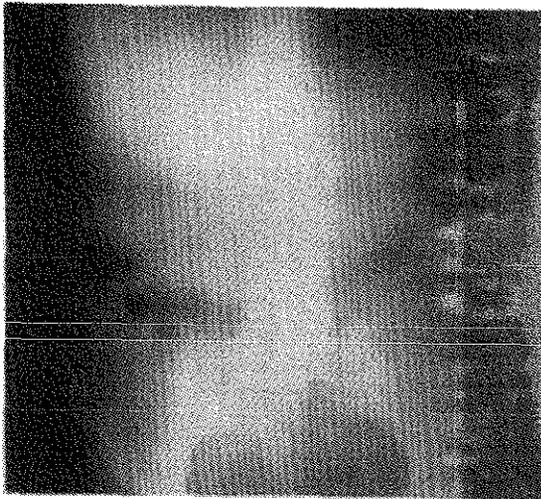


previo lavado de la cavidad residual. La evolución postoperatoria de la paciente ha sido satisfactoria.

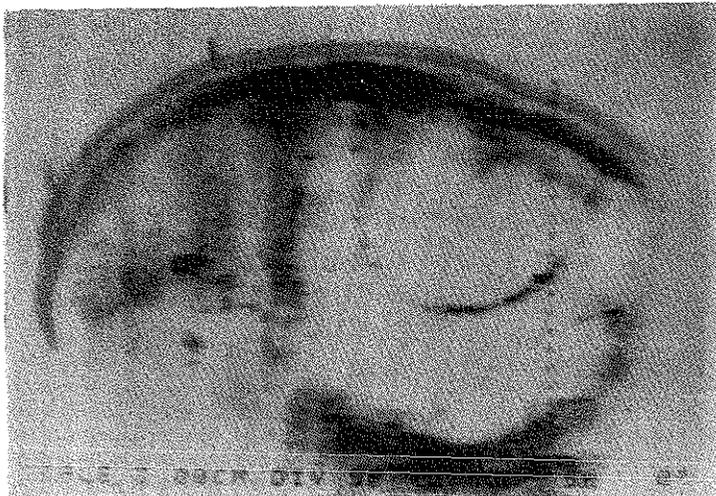
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



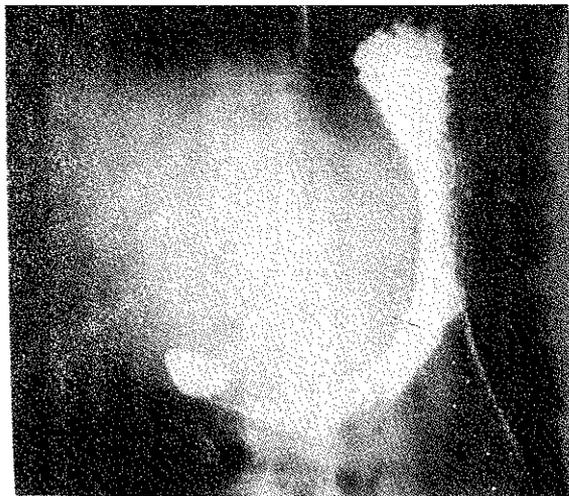
Fotografía No 1. Telerradiografía de tórax, la cual - muestra discreto abombamiento de hemidiafragma derecho y moderada reacción basal pulmonar.



Fotografía No 2. Radiografía Simple de Abdomen, presentando una zona de densidad homogénea en porción superior del abdomen con desplazamiento hacia abajo del colon -- transversal.

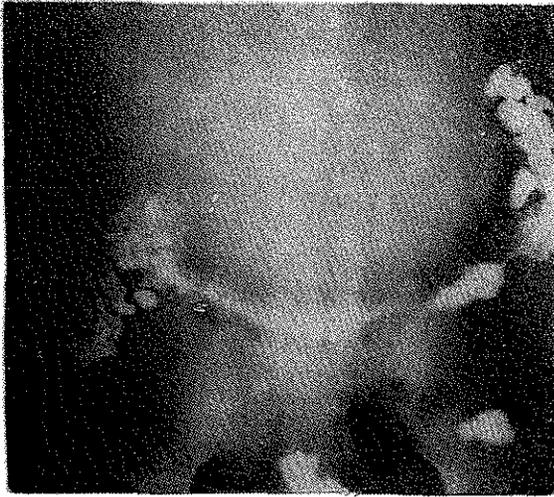


Fotografías Nos 3 y 4. Rastreo ultrasonográfico longitudi-
nal y transversal del area hepática. Este muestra una do-
ble imagen quística dentro del parénquima hepático, de loca-
lización en el lóbulo izquierdo.

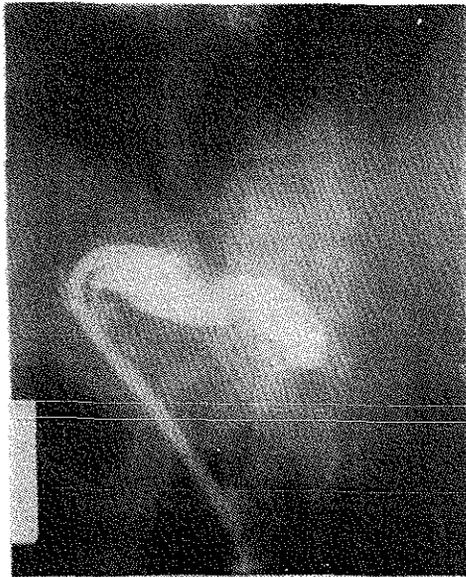


Fotografías Nos 5 y 6. Serie Esofagogastrroduodenal. Evidente deformación y rechazamiento del estómago hacia la izquierda por compresión extríntrica sobre la curvatura menor.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

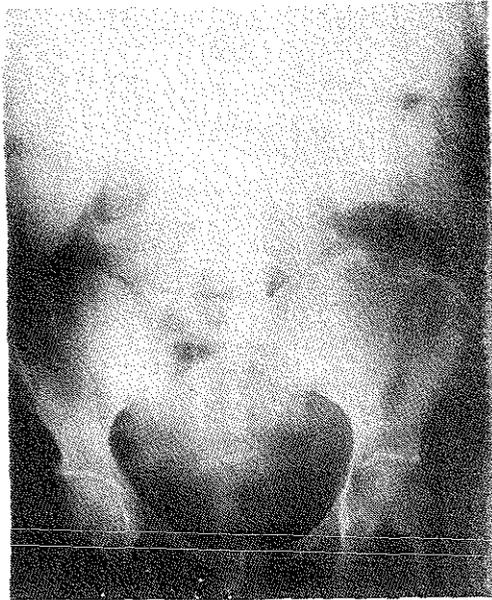


Fotografía No 7. Enema de Bario. Se muestra el rechaza miento del colon transverso y el ángulo hepático hacia abajo, causado por compresión extrínica sobre dichas - estructuras.



Fotografía No 8. Abscedografía de la cavidad hepática residual a través del tubo de drenaje, efectuada al 46o día postoperatorio. Se observa importante reducción del tamaño de dicha cavidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fotografías Nos 9 y 10. Radiografías de torax y abdomen tomadas al caso reportado en su reingreso al hospital - por presentar infección de la cavidad hepática residual. Observamos elevación del hemidiafragma derecho, imagen homogénea en cuadrante superior derecho y hepatomegalia.

C O M E N T A R I O

Hemos revisado un padecimiento el cual es muy poco frecuente verlo en la práctica clínica; una enfermedad que por su misma rareza no se piensa en ella.

Sin duda que cuando uno se encuentra con algún caso de éstos se establece una inquietud con respecto a conocer mas cercanamente su origen así como los criterios de diagnóstico y manejo prevalentes en la literatura mundial, y establecer una relación de estudio adecuado para poder diferenciar la patología de otras similares a ella.

Se encuentran bastantes características comunes entre los casos presentados por diversos autores y el reportado en este trabajo.

Así vemos que la incidencia del padecimiento con respecto a sexo, y a edad ha sido la misma. La evolución clínica de nuestro caso difiere un poco con respecto a la aparición de la masa abdominal y el dolor, sin embargo podemos sospechar que nuestro caso cursó asintomático hasta que se presentó complicación del mismo, como es la infección de un lóculo del quiste; es probable que si dicha complicación no hubiera ocurrido, la enfermedad hubiera cursado asintomática. Esto ya se ha mencionado como una forma de presentación anteriormente por otros autores. También en el caso presentado no se observó ninguna alteración de las pruebas de laboratorio, lo



cual generalmente ocurre en este padecimiento.

Nos han sido de mucha utilidad los estudios radiológicos efectuados para poder sospechar la presencia de la masa a nivel del hígado, así mismo el estudio ultrasonográfico ha sido bastante demostrativo, sin embargo, los hallazgos transoperatorios y el estudio anatomopatológico de la pieza operatoria nos han confirmado el diagnóstico.

Se estableció un criterio de manejo adecuado, logrando la excisión completa del quiste, únicamente se observó que el manejo de la cavidad residual hepática requería de un mayor tiempo de drenaje de la misma, ya que la paciente necesitó de una reintervención porque formó un absceso en la cavidad residual. Sin embargo a pesar de ello consideramos que el manejo inicial del problema fue adecuado.

Lo anteriormente mencionado, nos confirma el hecho de que la morbilidad del padecimiento se encuentra más estrechamente relacionada con el manejo de la cavidad residual que con la patología propia en sí.

Tal como se encontró en revisiones de la literatura de diversos autores, es difícil poder establecer el diagnóstico preciso de este padecimiento en el preoperatorio, pero los estudios de elección para efectuar la evaluación del caso nos pueden ser de mucha utilidad para sospechar la enfermedad antes de intervenir quirúrgicamente al paciente. En nuestro caso el estudio ultrasonográfico nos fue de utilidad básica pa



ra establecer la necesidad del manejo quirurgico.

Podemos concluir de lo anterior de que la enfermedad - aunque rara existe, que generalmente no se manifiesta clínicamente, pero que cuando lo hace nos puede semejar otras patologías. Si cursa asintomática lo mas probable es que no cause - ningún problema a lo largo de la vida, pero que si se hace - sintomática o presenta alguna complicación, debe pensarse en ella como una posibilidad y manejarse de acuerdo a los criterios establecidos, que a la fecha han demostrado ser los mas adecuados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B I B L I O G R A F I A

1. Sianesi M. Parinon AM. Sacco M. Symptomatic Non-parasitic congenital cysts. International Surgery. 67:453 1982
2. Schwartz SI. Principles of Surgery . New York . McGraw - Hill Book Company 1279. 1979
3. Luengo L. Camblor G. Cobos P. Vaño J. Pujol J. Guitart R. Vicente V. Hepatocarcinoma in giant solitary congenital cysts of the liver. Rev Clin Esp. 157 (6): 449 1980
4. Geist CD. Solitary nonparasitic cysts of liver. review of literature and report of 2 patients. Arch Surg 71:867 1955
5. Coffey RJ. Fitzmaurice MTA. Non parasitic hepatocystic disease; a report of nine cases. Ann Surg 25: 301 1959
6. Sanfelippo PM. Cystic Disease of the Liver . Ann Surg 179: 922 1974
7. Hadad AR. Westbrook KC. Graham GG. Morris WD. Campbell GS. Symptomatic nonparasitic liver cysts . Am J Surg 134:739 1977

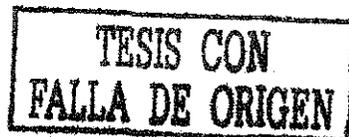


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8. Lin TY. Chen CC. Wang SM. Treatment of non-parasitic cystic disease of the liver and biliary system. Ann Surg 174: 711 1971
9. Longmire WP. Hepatic surgery: trauma, tumors and cysts. - Ann Surg 168: 921 1968
10. Langman J. Embriologia Médica . Edit Interamericana 232 - 1969
11. Longmire WP. Mandiola SA. Gordon RE. Congenital cystic - disease of the liver and biliary system Ann Surg 174 : 711 1971
12. Coutsoftides T. Hermann RE. Nonparasitic cysts of the li ver. Surg Gynecol and Obstet 138: 906 1974
13. Flagg RS. Robinson DW. Solitary non-parasitic hepatic - cysts. Report of oldest know case and review of the literature. Arch Surg 95: 965 1967
14. Ackerman LV. Surgical Pathology The CV Mosby Company 818 1968

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

15. Robbins SL. Tratado de Patología Edit Interamericana --
818 1968
16. Richmond HG. Carcinoma arising in congenital cysts of li-
ver. J Pathol 72: 681 1956
17. Ameriks J. Appleman H. Frey C. Malignant nonparasitic -
cyst of the liver; case report Ann Surg 176:713 1972
18. Jones WL. Mountain JC. Warren KW. Symptomatic cysts of -
the Liver . Br J Surg 61: 118 1974
19. Sood SC. Watson A. Solitary cysts of the liver presen --
ting as an abdominal emergency. Postgrad Med J 50: 48 -
1974
20. Wellwood JM. Madara JL. Cady B. Haggitt R. Large intrahe
patic cysts and Pseudocysts. Pitfalls in diagnosis and -
treatment. The Am J Surg 135: 57 1978
21. Lanson SZ. Frieden JH. and Bierman HR. Polycystic disease
of the liver JAMA 215: 973 1971



22. Taylor KJW. Viscomi GN. Ultrasound diagnosis of cystic -
disease of the liver. J Clin Gastroenterol 2: 197 1980
23. Minton JP. Kinsey DL. Surgical management of a recu --
rrent solitary multilocular nonparasitic cyst of the li -
ver. Am J Surg 102: 710 1961
24. Williamson RC. Ramus NI. Shorey BA. Congenital Solitary
cysts of the liver and spleen. Br J Surg 65:871 1978
25. Schwartz SI. Surgical Disease of the liver New York . Mc
Graw-Hill Book Company 167 1964
26. Dunphy JE. Diagnóstico y Tratamiento Quirurugicos . Edit
Manual Moderno 443 1982

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN