

# MANEJO QUIRURGICO DE LOS QUISTES NO PARASITARIOS DEL HIGADO 14 CASOS

Dr. Francisco Parodi Zambrano \*  
Dr. Milton Arauz Brito \*\*

\*Profesor Auxiliar de Cirugía Universidad Estatal

Cirujano Adscrito Hospital Luis Vernaza

Cirujano de Planta Clínica Alcivar

\*\* Profesor Principal de Semiología Universidad Estatal

Cirujano Adscrito Hospital Luis Vernaza

**L**os quistes no parasitarios del Hígado son una rara forma de anomalía hepática que generalmente es diagnosticada cuando el paciente es sometido a ecos de rutina por cualquier otra patología, especialmente litiasis biliar.

Estos quistes pueden ser observados en cualquier lugar del hígado. Los síntomas son inespecíficos y pueden incluir dolor abdominal, distensión, náusea, pérdida de apetito y peso. Estas manifestaciones son típicamente producidas por el aumento de la presión intrabdominal y compresión de los órganos cercanos. La Obstrucción del tracto biliar y las infecciones pueden manifestarse con síntomas y signos específicos.

Las lesiones que se observan pueden ser pequeñas, solitarias multiloculares, poliúísticas o masas grandes difusas.

La primera referencia que tenemos de un quiste solitario del hígado data de 1856 por Michel quien reportó el caso de un hombre de 60 años. Moskowitz recopiló 85 casos concluyendo que los quistes eran formaciones aberrantes de los conductos biliares. El más completo estudio antes de 1954 fue llevado a cabo por Davis quien encontró 499 casos clasificándolos como unilocular solitario 187 casos, solitario multilocular 20 casos, quistes múltiples 241 casos y 51 que no logró clasificar.

En el Ecuador, la primera referencia sobre quistes hepáticos lo debemos al Dr. E. Gayraud Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Quito. Médico Francés, colocado en ese puesto por García Moreno para dirigir y mejorar la enseñanza de la medicina. Se debe a él la realización del primer diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la enfermedad quística del hígado (1).

En 1957, el Dr. José Moral G. (2) presentó una recopilación de casos estudiados en Guayaquil y que aparecieron en la Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical año 1957.

La primera operación con éxito fue la del Dr. Rosendo Arosemena quien realizó una lobectomía hepática parcial derecha por un quiste como se encuentra escrito en los Anales de la Sociedad Médico Quirúrgica del Guayas 1967 (3).

## CAUSIÍSTICA

La experiencia nuestra en quistes hepáticos, se sustentan en casos que han sido manejados en la Sala Santa Teresa del Hospital Luis Vernaza en los últimos 10 años por lo cual todos son del sexo femenino.

La edad media en que se ha observado la mayor frecuencia es de 53 años, con un recorrido de la variable que se extiende desde los 46 hasta los 68. El diagnóstico fue realizado de forma fortuita en 11 pacientes, 6 durante un ecosonograma por litiasis biliar (foto 1) y 5 durante la cirugía de vías biliares (foto 2) el diagnóstico se sospechó clínicamente en 3 pacientes donde el tumor era bastante grande (foto 3). Los síntomas fueron variados (tabla 1).

Se localizó sobre el lóbulo derecho en 9 pacientes, tres en el izquierdo y dos en ambos lóbulos. El tamaño fue muy variable habiendo quistes desde un centímetro hasta 25 cm., siendo la media de 8 cm. El contenido de los quistes fue claro en 12 casos, biliar en 1 caso y purulento en 1 caso. El tratamiento fue variado sometándose a una anastomosis yeyuno quística en un caso segmentectomía en 2 casos, enucleación en 2 casos y resección de techo en 9. No hubieron complicaciones quirúrgicas.

## COMENTARIO

Los quistes hepáticos pueden ser adquiridos y congénitos, siendo estos últimos más frecuentes, constituyendo el 95 % de los casos (4); la gran mayoría no son sintomáticos. El tratamiento debe ir dirigido sólo al grupo con síntomas o que se exponga la cavidad abdominal por otro proceso quirúrgico no contaminado. El tratamiento de los quistes menores de 5 cm. pueden no ser tratados pero su evolución debe seguirse por ecografía. En los más grandes pero no infectados, se puede realizar aspiración, o resección del techo del quiste, cuando existe infección se realiza un drenaje externo o marsupialización. En nuestro caso de quiste infectado estaba localizado en el borde anterior del segmento 4 por lo que se realizó la extirpación parcial del segmento.

En los quistes grandes o cuando el contenido de estos es biliar, está indicado el realizar una anastomosis quisto-intestinal con una "y" de Roux, dejando el asa desfuncionalizada unos 45 cm., suficiente para evitar el reflujo dentro de la cavidad quística.

**BIBLIOGRAFIA:**

1.- Gayraud E. Domec D. La capital del Ecuador desde el punto de vista Médico-Quirúrgico. Versión Española . Imp. Universidad Central Quito, 1953

2.- Moral J.: Hígado Poliquistico. Rev. Ecuator. Hig. Med. Trop. Vol. 14, N.2, 1957

3.- Arosemena R.: Quiste Solitario Gigante, no parasitario, del lóbulo derecho del hígado. Lobectomía hepática derecha parcial. Ann. Soc. Med. Quir. Del Guayas. año. 51, N1 1967.

4.- Boyle T.: Surgical Alternatives for the treatment of nonparasitic Liver Cyst. The Mount Sinai J. of Med. Vol. 56. N.2 1989.

5.- Jeffrey E. Management of Cystic Disease of the Liver. Clinic. Quirr de Nort Amer. 69. 2. 1989.

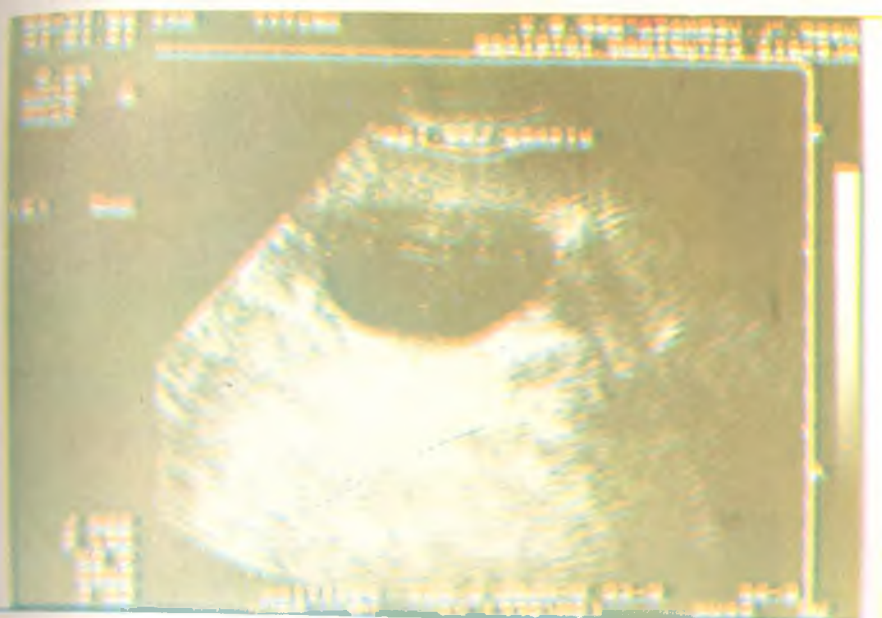


Foto 1



Foto 2

Foto 3

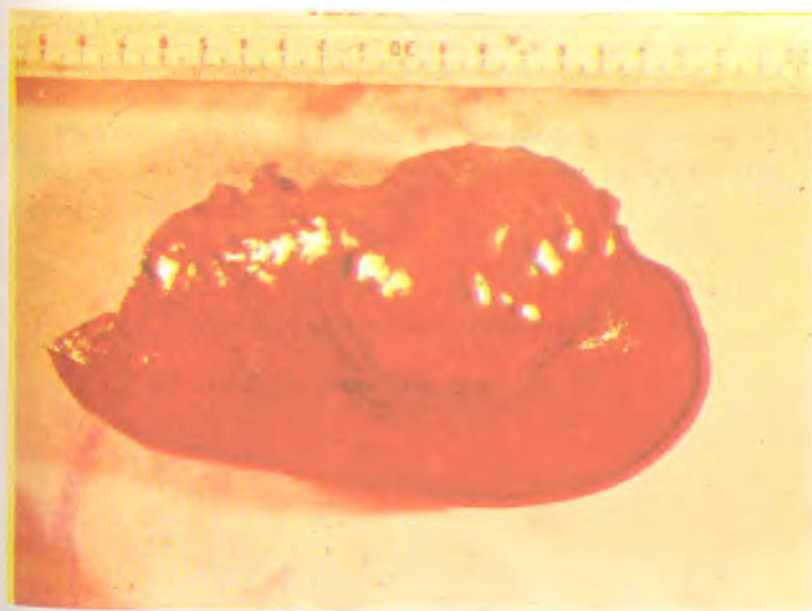


Foto 4