

---

# Fenestración de Quiste Hepático Gigante mediante Laparoscopia: Reporte de caso.



Rev Guatem Cir Vol. 30 (1) - 2024

Cristhel Marie Oroxom Contreras, Carlos Rodolfo Monterroso Bolaños (MACG), Ecnor Morel Hidalgo Díaz.

Departamento de Cirugía, Hospital General de Quetzaltenango, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) Autor Corresponsal: Cristhel Marie Oroxom Contreras. Correo: cristhel58@gmail.com.

## RESUMEN

**Introducción:** La enfermedad quística del hígado es una condición rara, afecta aproximadamente al 5 % de la población adulta. Diagnosticada con frecuencia de manera incidental, suele ser un hallazgo fortuito. Cuando su crecimiento es rápido, requiere tratamiento quirúrgico. **Presentación de caso:** se presenta caso de paciente masculino, 64 años, historia de masa palpable abdominal en hipocondrio derecho de 4 años de evolución, crecimiento progresivo, la cual llega a medir 15 cm con bordes lisos, asociado a sensación de plenitud y náusea. Tratamiento quirúrgico seleccionado fue la fenestración laparoscópica de tres quistes hepáticos en los segmentos VII, VIII y II, en el cual el mayor se drena 4 litros de material cetrino. **Conclusiones:** el tratamiento de elección para los quistes hepáticos es el destechamiento o fenestración, idealmente por laparoscopia, teniendo una tasa de éxito de 75-100 %, y con baja recurrencia, menos del 20 %. Presenta menor morbimortalidad postoperatoria.

**Palabras Clave:** quiste hepático, video laparoscopia, destechamiento, fenestración

## ABSTRACT

### Giant Liver Cyst Fenestration By Laparoscopy: Case Report.

**Introduction:** Cystic liver disease is a rare condition, affecting approximately 5 % of the adult population. Often diagnosed incidentally, it is usually a chance finding. When its growth is rapid, it requires surgical treatment. **Method:** a case of a 64-year-old male patient is presented, with a history of a palpable abdominal mass in the right hypochondrium of 4 years of evolution, progressive growth, which reaches 15 cm with smooth edges, associated with a sensation of fullness and nausea. Surgical treatment selected was a laparoscopic fenestration of three hepatic cysts in segments VII, VIII and II, in which the largest drained 4 liters of sallow material. **Conclusions:** the treatment of choice for liver cysts is unroofing or fenestration, ideally by laparoscopy, having a success rate of 75-100 %, and with low recurrence, less than 20 %. It has lower postoperative morbidity and mortality.

**Keywords:** hepatic cyst, laparoscopic fenestration,

---

## INTRODUCCIÓN

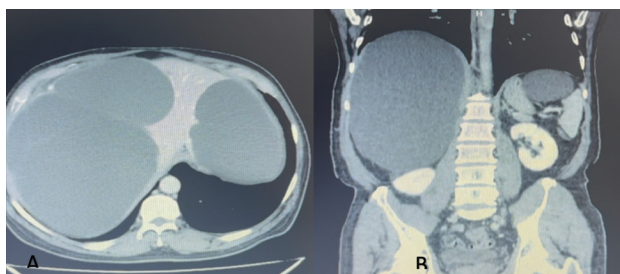
La enfermedad quística del hígado es rara, con una frecuencia del 5 % en adultos, la cual se incrementa con la edad avanzada. Se trata de una entidad silenciosa y asintomática, solamente el 10-15 % presentan síntomas.<sup>1</sup> El diagnóstico suele ser hallazgo incidental. Cuando su crecimiento es rápido requiere tratamiento quirúrgico. El abordaje principal ha sido el abierto, aunque no existe un consenso sobre el manejo, la técnica laparoscópica presenta mayores beneficios.<sup>2</sup> Se presenta un caso sobre la fenestración de quiste hepático gigante mediante laparoscopia.

## PRESENTACIÓN DE CASO

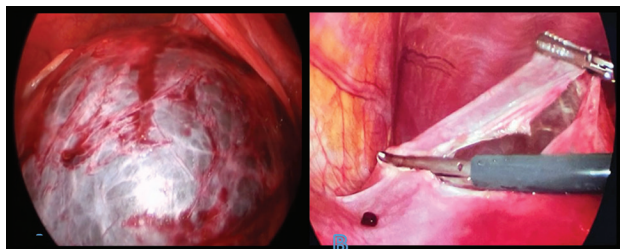
Paciente masculino de 64 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos, con historia de presentar masa abdominal de 4 años de evolución, de crecimiento progresivo localizada en cuadrante superior derecho, con dolor a la palpación, asociado a náusea y sensación de plenitud a la ingesta de alimentos. Al examen físico, abdomen presenta masa prominente palpable en el hipocondrio derecho y epigastrio de aproximadamente 15 cm, con bordes lisos, regulares con dolor a la palpación. (figura 3 A y B)

Laboratorios de rutina realizados dentro de límites normales (hematología sérica, pruebas de

función renal, hepáticas y pancreáticas, tiempo de coagulación). Estudio de imagen seleccionado fue tomografía computarizada abdominal con medio de contraste intravenoso, evidenciando tres quistes hepáticos, en segmento VII, VIII y II, siendo el más grande en lóbulo hepático derecho, con características de bordes regulares, hipo densidad, tipo quístico, sin septos, por tamaño causan desplazamiento de órganos en hemiabdomen derecho hacia pelvis, imágenes sugestivas de quiste hepático simple. (figura 1)



**Figura 1.** tomografía computarizada abdominal: quiste hepático en segmento VII, VIII y VII. (A) corte axial (B) corte coronal.



**Figura 2.** (A) Quiste hepático gigante en lóbulo hepático derecho, segmento VII. Bordes regulares contenido de 4L. (B) fenestración de quiste hepático.



**Figura 3.** (A) y (B) abdomen con masa predominante en hipocondrio derecho de 15cm de diámetro, causando distensión abdominal. (C) abdomen en postoperatorio inmediato.

Paciente es trasladado a la sala de operaciones para llevar a cabo la cirugía: fenestración y destechamiento del quiste hepático por laparoscopia, en la cual participaron 4 cirujanos durante el procedimiento. Empleando método de anestesia general, se posiciona paciente en técnica francesa, en abdomen se utilizan 4 puertos, siendo el puerto de abordaje inicial a nivel umbilical de 10 mm, ingresando con técnica de Hasson. Se insufla CO<sub>2</sub> con flujo a 5 LT/min hasta alcanzar una presión de 13 mmHg. Se logra evidenciar como hallazgos quiste hepático simple de gran tamaño en segmentos VII, VIII y II. Se introducen 3 puertos más, a nivel de línea media clavicular en flanco bilateral, introduciendo puerto de 10 mm en lado derecho y de 5 mm lado izquierdo y a nivel epigástrico con puerto de 5 mm. Se procede a realizar fenestración de primer quiste en segmento VII, con uso de coagulación bipolar y de bisturí armónico, permitiendo una adecuada resección con control de hemostasia. Al realizar el mismo se drena 4 litros de líquido cetrino, realizando destechamiento completo. Segundo quiste en segmento VIII, se realiza el mismo procedimiento drenando 200 cm<sup>3</sup>, líquido cero purulento, se toma cultivo; y posteriormente se realiza drenaje de tercer quiste en segmento II de 300 cm<sup>3</sup> con contenido cetrino (figura 2).

Al finalizar la fenestración y drenaje de 3 quistes, se colocan, dirigen dos drenajes de presión negativa activo dirigido hacia segmento VII y VIII fijado hacia pared abdominal en cuadrante inferior derecho, y el segundo drenaje dirigido hacia segmento II fijado a cuadrante inferior izquierdo. Procedimiento finaliza sin complicaciones con tiempo operatorio de 2 horas, con pérdidas hemáticas mínimas.

## RESULTADOS

A las 48 horas del procedimiento quirúrgico, el paciente experimentó una evolución adecuada,

sin complicaciones y con una notable disminución en la cantidad de drenaje con gasto cero sanguinolento menor a 50 cm hasta cumplir 4 días, para posteriormente retirarlos. Entre los resultados finales: el cultivo de líquida quística tomado fue negativo, la citología negativa para la malignidad y la patología reportó: enfermedad fibroquística hepática, negativa para la malignidad. Por consiguiente, debido a los hallazgos expuestos, se opta por egresar al paciente para su seguimiento en consulta externa con controles de tomografía abdominal para vigilancia.

## DISCUSIÓN

Los quistes hepáticos pueden ser clasificados en congénitos o adquiridos. Los primeros pueden ser simples o cuando se distribuyen múltiples sobre el parénquima hepático se considera una poliquistosis hepática.<sup>2</sup> Su origen puede deberse a una malformación congénita debido a una falla en el desarrollo de la vía biliar, formando conductos aberrantes de la vía biliar que no se conectan con el resto de árbol biliar. La incidencia de los quistes hepáticos gigantes es de hasta 14-18 %, siendo la mayoría congénitos. Los quistes simples son los más comunes entre los quistes hepáticos no infecciosos.

Debido a los múltiples métodos diagnósticos existentes en la actualidad, ahora es más frecuente detectarlos, siendo la mayoría detectados de manera incidental. Su revestimiento es epitelio cúbico o columnar, cubierto por membrana basal y tejido fibroso, y alrededor parénquima hepático sano. 4 tienen mayor incidencia en mujeres, y la es frecuente en la quinta y sexta década de vida.<sup>1</sup>

La mayoría suelen ser asintomáticos y no requieren tratamiento quirúrgico, sin embargo, cuando presentan síntomas y signos suelen ser dolor abdominal, distensión abdominal, tumo-

ración palpable principalmente en cuadrante superior derecho, saciedad temprana, náusea y dolor torácico, en ocasiones ictericia de origen obstructivo<sup>1</sup>. Esto debido al crecimiento progresivo del quiste, que puede ocasionar una compresión de órganos adyacentes.<sup>3</sup> La compresión de la vena porta puede causar hipertensión portal, por lo que ocasionalmente se desarrolla ascitis o varices esofágicas.

La tomografía abdominal es el método diagnóstico de elección, debido a su alta sensibilidad, y se ha vuelto indispensable para un diagnóstico pertinente. El ultrasonido hepático también es aceptado como método diagnóstico. Los quistes simples se observan generalmente como imágenes bien definidas, con líquido seroso y sin tabiques, ni calcificaciones.

Las opciones terapéuticas pueden ser quirúrgicas o no quirúrgicas. El tratamiento quirúrgico se da a quistes con diámetro mayor a 6 cm o en pacientes con sintomatología.<sup>3</sup>

Entre los métodos no quirúrgicos se mencionan:

- a) Punción de quiste guiado por imagen, permitiendo la extracción del contenido del quiste. Presenta buen resultado debido al alivio de síntomas; sin embargo, tiene riesgo de recurrencia hasta el 95%. Por lo tanto, se aplica únicamente en pacientes con alto riesgo quirúrgico.
- b) Punción de quiste más administración de sustancias esclerosantes. Por alto riesgo de efectos tóxicos es un tratamiento que ha disminuido su uso.
- c) Punción de quiste más administración de alcohol, el cual impide la secreción de las células y puede brindar buenos resultados. En quistes gigantes no se recomienda por riesgo de hemorragia y colangitis.<sup>4</sup>

Entre los métodos quirúrgicos se encuentra:

- a. Destechamiento o fenestración del quiste (marsupialización) de la pared del quiste. Permitiendo un drenaje del contenido, siendo una técnica relativamente sencilla, con bajas complicaciones; sin embargo, aún existe riesgo de recidiva y su realización es difícil en quistes profundos o que se encuentren en segmentos posteriores al hígado. El abordaje laparoscópico tiene efectividad del 85 % en comparación con otras técnicas, por lo que la tenía más recomendada es la fenestración y destechamiento del quiste laparoscópicamente.<sup>4</sup>
- b. Resección hepática quirúrgica. Por ser un procedimiento que conlleva una alta morbilidad, se recomienda cuando hay sospecha de malignidad.<sup>4</sup>
- c. Cisto-yeyuno anastomosis, permite derivar quiste hacia tubo digestivo. Por riesgo de formación de abscesos ya no se realiza actualmente.

Es importante saber que los procedimientos que no involucran destrucción del epitelio de revestimiento tienen alta recurrencia.<sup>4</sup>

### CONCLUSIONES

En la actualidad, el destechamiento y la fenestración se consideran el tratamiento de elección para los quistes hepáticos, con una tasa de éxito que oscila entre el 75% y el 100 %, y una baja tasa de recurrencia, inferior al 20 %<sup>4</sup>. La técnica abierta se reserva para casos en los que el quiste presenta un tamaño considerablemente mayor, y el abordaje laparoscópico podría suponer un riesgo de lesión para otros órganos de la cavidad abdominal. No se ha encontrado una relación significativa entre la recurrencia y el tipo de abordaje utilizado. Sin embargo, se ha observado una ventaja relevante en términos de morbilidad postoperatoria en los pacientes sometidos a tratamiento laparoscópico. La técnica laparoscópica ofrece múltiples ventajas, como un menor dolor postoperatorio, menor morbilidad y una estancia hospitalaria más corta. Por lo tanto, se sugiere que la laparoscopia se utilice como el abordaje principal en el tratamiento de esta patología.

### REFERENCIAS

1. Navarro J. Pacheco M. . Manejo laparoscópico de un quiste hepático gigante: reporte de caso clínico Revista Médica Sinergia Costa Rica Vol 7. Num 5, Mayo 2022
2. Prashanth R, Tagore S. An updated review of cystic hepatic lesions Clin Exp Hepatol 2019; 5, 1: 22–29
3. Salas-Gordillo J. Perez J. Blanco J. Tratamiento de quiste hepático no parasitarios gigantes con destechamiento y aplicación de argon plasma. El Sevier. Rev Med Hosp Gen Mex 2011;74(4):200-2008
4. Shiordia FJ. Ugalde F. Torices E. Manejo laparoscópico del quiste hepático gigante. Revisión de la literatura. Cirugía Endoscópica: Art Rev Vol. 18 Núm. 1 Ene.-Mar. Mexico; 2017