

CARTA CIENTÍFICA

Cuándo y cómo tratar los quistes hepáticos gigantes sintomáticos

Symptomatic giant liver cysts: When and how to treat

Los quistes hepáticos conforman un grupo heterogéneo de enfermedades con distinta etiología e incidencia, pero con manifestaciones clínicas similares.

Presentamos 4 casos de quistes hepáticos gigantes sintomáticos tratados mediante destechamiento laparoscópico con excelente resultado.

Caso 1. Mujer de 53 años que acude a Urgencias por dolor en hipocondrio derecho de una semana de evolución, filiado inicialmente como cólico nefrítico. Se realiza ecografía y resonancia magnética que demuestran un quiste simple de 20 cm en segmento vi, hipointenso en T1 y que no presenta realce de pared tras la administración de contraste.

Caso 2. Varón de 77 años que consulta por vómitos biliosos y dolor en hipocondrio derecho de meses de evolución. En la TAC abdominal se aprecia un quiste de 14 cm entre los segmentos vii y viii que, por la densidad de su contenido, plantea diagnóstico diferencial entre quiste simple, cistoadenoma

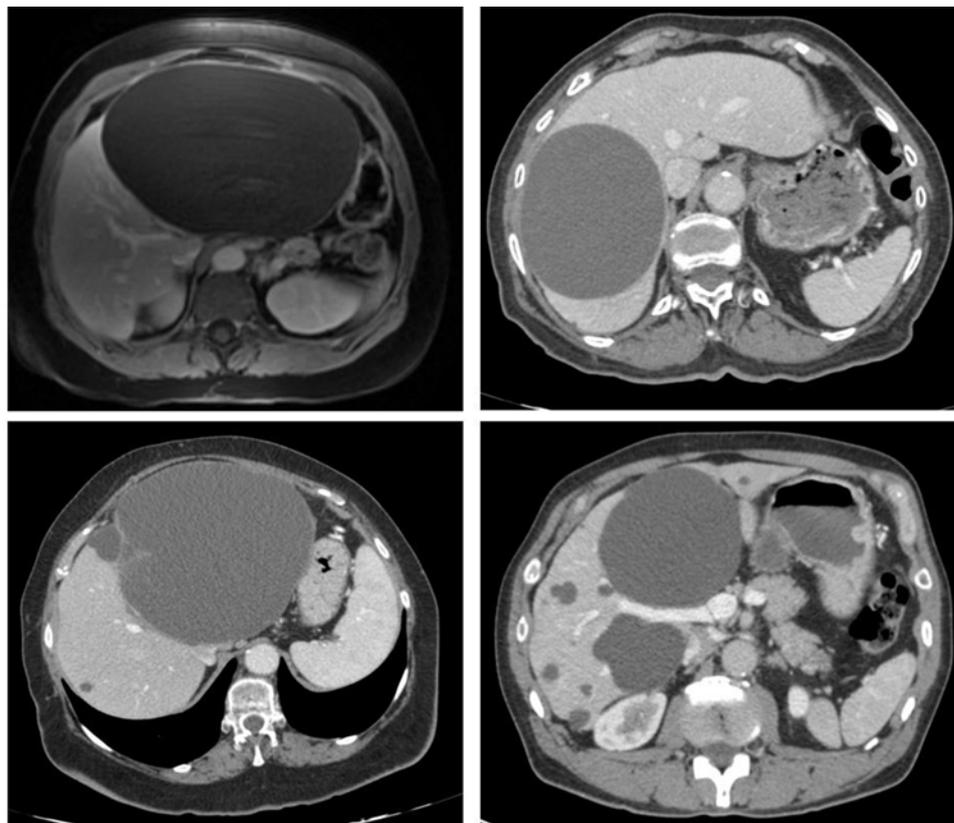


Figura 1 Caso 1. RM abdominal: quiste hepático de 20 cm en segmento vi. No presenta realce de pared tras la administración de contraste (arriba izquierda). Caso 2. TAC abdominal: quiste de 14 cm entre segmentos vii y viii (arriba derecha). Caso 3. TAC abdominal: quiste de 18 cm. En la porción superior contiene tabicaciones que hacen sospechar un posible quiste hidatídico (abajo izquierda). Caso 4. TAC abdominal: multiquistosis hepática. El mayor presenta un diámetro de 12 cm (abajo derecha).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.06.018>

0210-5705/© 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

y/o biloma. Se decide realizar laparoscopia exploradora y tras aspirar el contenido del quiste y comprobar que este no era biliar, se practica el destechamiento.

Caso 3. Varón de 75 años que acude a Urgencias por sensación de masa en epigastrio. En la TAC abdominal se objetiva un quiste de 18 cm que parece depender del lóbulo hepático izquierdo, ocupando su totalidad, y que contiene tabicaciones en la porción superior que hacen sospechar un posible quiste hidatídico. Estudios serológicos descartaron esta opción y durante la intervención se observó que el quiste contenía sangre transformada.

Caso 4. Varón de 68 años con diagnóstico de poliquistosis hepática asintomática en seguimiento desde hace 5 años, que acude por dolor abdominal. En la TAC se observan múltiples quistes, el mayor de 12 cm, el cual produce el desplazamiento de la rama portal izquierda (fig. 1).

La estancia postoperatoria media fue de 3 días, ningún paciente experimentó complicaciones y tras un seguimiento de 5 años ninguno presentó recurrencia de la sintomatología.

Tanto las lesiones solitarias como las poliquísticas crecen con lentitud y son relativamente asintomáticas. Cuando alcanzan un tamaño mayor de 5 cm pueden producir síntomas por compresión de las venas hepáticas, la vena cava o los conductos biliares, o dolor abdominal agudo en caso de complicaciones como rotura, torsión o hemorragia intraquística¹.

Debemos realizar pruebas de imagen (TAC y/o resonancia magnética) para confirmar el diagnóstico de quiste simple. Se deben descartar el cistoadenoma o el cistoadenocarcinoma, ya que no estaría indicada la fenestración laparoscópica. La TAC puede ayudar al demostrar paredes gruesas e irregulares, tabiques, inclusiones papilares o loculaciones. En zonas endémicas de hidatidosis, como en nuestra área, esta se debe descartar mediante serología (sensibilidad del 90-95%), ecografía y TAC (especificidad del 95%)².

Los quistes hepáticos simples en general no suelen necesitar tratamiento ni seguimiento, salvo que sean gigantes (entre 10-20 cm) y produzcan sintomatología y/o complicaciones. Para su tratamiento se han descrito diversas técnicas, dependiendo del número, la localización, la relación con otras estructuras y el contenido de los quistes: aspiración con o sin inyección de sustancias esclerosantes³, coagulación con argón plasma en la pared de la cavidad

del quiste (contraíndicada si contacta con la vía biliar)⁴, destechamiento y comunicación con la cavidad peritoneal, cistoyunostomía, escisión completa del quiste, hepatectomía parcial, lobectomía hepática (en casos de sospecha de malignización del quiste) e incluso el trasplante hepático (en casos de disfunción hepática por poliquistosis avanzadas).

Actualmente el destechamiento laparoscópico es la técnica de elección, según reporta una reciente revisión sistemática de 62 estudios con 1.314 pacientes⁵, con una tasa de recidiva similar a la cirugía abierta (25%), pero con todas las ventajas que aporta el abordaje laparoscópico.

El destechamiento laparoscópico es la técnica de elección en quistes simples hepáticos gigantes sintomáticos y/o complicados.

Bibliografía

1. Antunes H, Braga-Tavares H, Cunha I, Mendes V, Cadilhe A, Matos-Cruz J, et al. [Congenital simple hepatic cyst: A diagnostic and management challenge] Spanish. *Gastroenterol Hepatol.* 2009;32:92-6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2008.09.014>.
2. Clancy C, Gibbons C, Ridgway PF. Surgical management of a giant hepatic cyst with suspicious radiological features. *Ann R Coll Surg Engl.* 2019;101:e76-8, <http://dx.doi.org/10.1308/rcsann.2018.0206>.
3. Wijnands TF, Görtjes AP, Gevers TJ, Jenniskens SF, Schulze Kool LJ, Potthoff A, et al. Efficacy and safety of aspiration sclerotherapy of simple hepatic cysts: A systematic review. *AJR Am J Roentgenol.* 2017;208:201-7, <http://dx.doi.org/10.2214/AJR.16.16130>.
4. Manner H. Argon plasma coagulation therapy. *Curr Opin Gastroenterol.* 2008;24:612-6, <http://dx.doi.org/10.1097/MOG.0b013e32830bf825>.
5. Bernts LHP, Echternach SG, Kievit W, Rosman C, Drenth JPH. Clinical response after laparoscopic fenestration of symptomatic hepatic cysts: A systematic review and meta-analysis. *Surg Endosc.* 2019;33:691-704, <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-018-6490-8>.

Marta Allue*, Pilar Palacios y Alfredo Jimenez

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martitaallue@hotmail.com (M. Allue).