

Quiste congénito solitario del hígado

Presentación de un caso

DR. Ernesto Alavez Martín (3)

Se presenta a la consideración de los compañeros médicos un caso, que por la poca frecuencia con que ha sido reportado en la literatura y por la dificultad de hacer el diagnóstico, resulta de gran interés.

Antes de hacer la revisión clínica de la entidad que nos ocupa haremos una breve descripción del caso, así como las consideraciones diagnósticas realizadas en el curso de su estudio.

Se trata de una paciente de setenta y seis años de edad, de la raza blanca, casada y natural de Oriente, que consulta por tener una sensación de peso en hipocondrio derecho desde hace ocho meses, anorexia, digestiones lentas, aero, fagia, meteorismo y pérdida de peso (no precisa cuanto) ; al examen físico es una paciente delgada, pálida, con un soplo sistólico en foco mitral, várices en ambos miembros inferiores y en el abdomen encontramos una tumoración que se extiende desde el hipocondrio derecho al epigástrico y desde el reborde costal hasta 5 cms. hacia abajo, nodular y no dolorosa.

Tacto rectal negativo. Examen ginecológico normal. Bazo percutible, pero no palpable, no adenopatías. Frente a este cuadro clínico se pensó, en primer lugar, en

un hígado metastásico, que por la sintomatología digestiva alta planteó la posibilidad de que la neoformación primitiva fuese de estómago y por la presencia de una esplenomegalia percutible se pensó, además, en la cirrosis hepática. Se le indicaron los exámenes de sangre, así como un examen radiográfico de estómago y duodeno. El hemograma no reveló alteraciones; la eritrosedimentación de 44 mm; urea, glicemia, orina, heces fecales normales. Pruebas funcionales hepáticas dentro de límites normales. El examen radiográfico no reveló alteración orgánica del estómago, mitra duodenal deformada, compresión extrínseca de la curvatura menor del estómago en relación con el hígado aumentado de tamaño (FIG. 1). En esta circunstancia se indica una biopsia hepática, la cual se realiza por vía abdominal sobre uno de los nódulos, que nosotros pensamos fuese un nódulo metastásico y para asombro de nosotros salió por el trocar un líquido fluido de color verde-carmelitoso en cantidad de 200 cc. De primera intención se pensó en que se había puncionado un hidrocolecisto, se retira el trocar y se realiza la punción por

3 Médico Residente del Hospital Comandante Fajardo. Servicio de Medicina Interna del Profesor Mitrani.

vía intercostal fluyendo 300 cc. del mismo líquido, descartándose por lo tanto el hidrocolecisto y por los caracteres del



Fig. 1.—Obsérvese la desviación del estómago a la izquierda así como la deformidad de la mitra duodenal.

líquido, los abscesos hepáticos (piógenos y aniéblanos), pensando en la posibilidad de un quiste hepático cuya naturaleza, en ese momento, no podíamos precisar. El líquido se mandó a examinar a bacteriología, parasitología (aunque teníamos la seguridad de que no se trataba de un absceso amebiano) y a anatomía patológica. Se le inyecta dentro de la cavidad 500 cc. de aire y se hacen radiografías de hipocondrio derecho observándose un nivel hidroaéreo dentro del parénquima hepático (Figs. 2, 3 y 4).

El examen bacteriológico fue negativo al igual que el parasitológico; el examen anatomopatológico sugiere hemorragia intraquística relativamente reciente y en vías de reabsorción. Se revisa el caso y se considera la posibilidad de que estemos en

presencia de un quiste hepático, indicándose un examen laparoscópico para descartar la posibilidad de un hígado poliquístico o la aso-

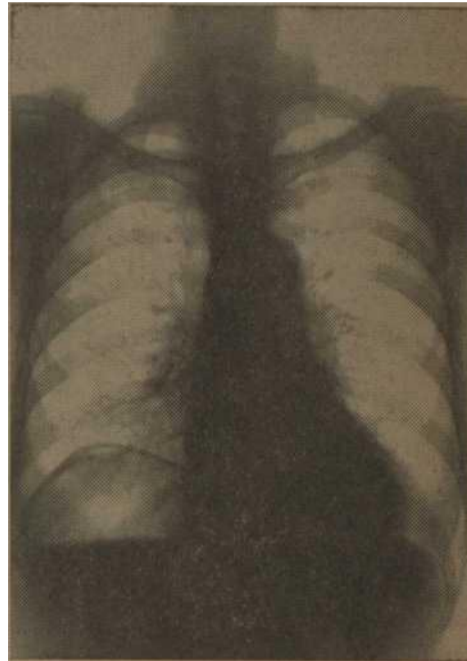


Fig. 2.—Se ve claramente un gran quiste con nivel hidroaéreo y en la parte superior como la pared propia del quiste se separa de la cúpula diafragmática.

ciación de un quiste hepático con metástasis, ya que palpábamos un hígado nodular. El examen laparoscópico fue realizado por el Prof. Llanio, señalando la existencia de un quiste hepático, al parecer único, y una esplenomegalia discreta recomendando la realización de un esofagograma para buscar la presencia de várices.

Realizado el examen fue negativo de várices esofágicas.

Después de la punción, la hepatomegalia disminuyó notablemente, desapareciendo la anorexia, aerogastria, digestiones lentas y meteorismos.

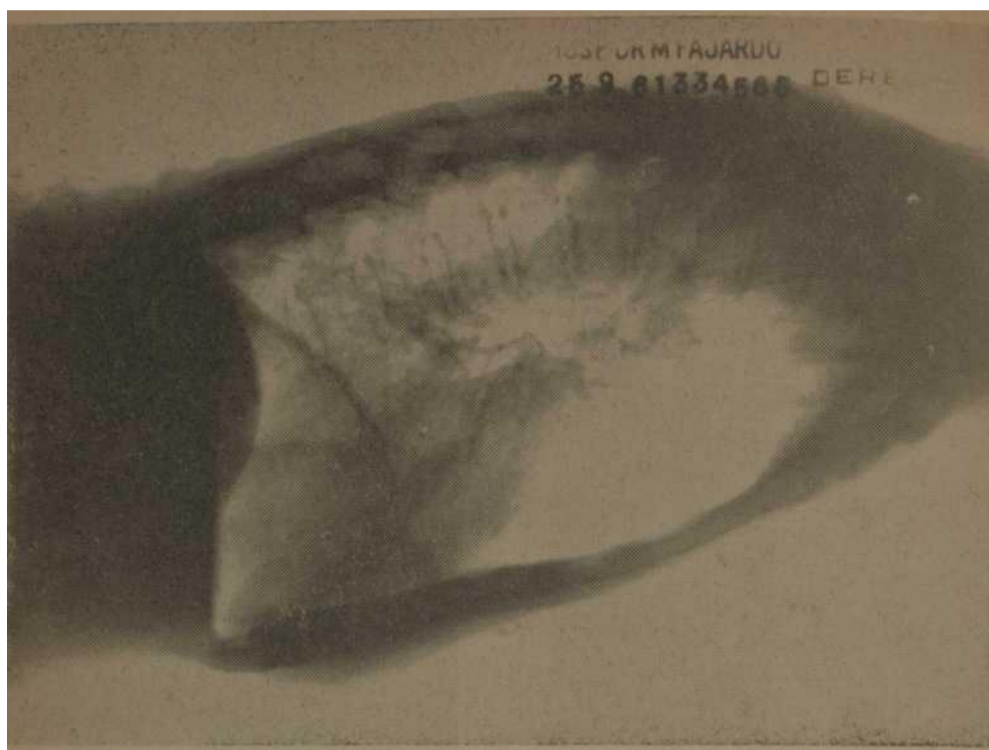


Fig. 3.—Se observa la gran extensión del quiste en sentido ante-posterior.

La paciente es dada de alta en buen estado sin realizar ninguna intervención quirúrgica sobre el quiste ya que se trataba de una paciente de edad avanzada y de un proceso benigno, manteniendo una vigilancia sobre su evolución.

Antes de entrar en consideraciones sobre el tema objeto de esta revisión creo necesario tener en cuenta lo siguiente: que los quistes hepáticos son considerados como formaciones tumorales benignas y que existen numerosas clasificaciones de los quistes, siendo una de las más usadas la aprobada en la Clínica de los Mayo ⁽⁸⁾ que tiene como base de los estudios realizados en dicho centro entre los años de 1907-1954 y es la siguiente:

- a) congénitos: enfermedad poliquística, quiste único.
- b) traumáticos.
- c) inflamatorios: específicos, no específicos.
- d) neoplásicos: cistoadenoma, dermoides, teratomas.
- e) parasitarios.

La primera publicación de un quiste único congénito del hígado parece corresponder, según algunos autores, a Brodie, que en 1846 describió el caso de una paciente joven que presentaba una tumoración en el hipocondrio derecho que desapareció después de la aspiración de unos dos litros de un líquido claro como de agua.

Wikle y Carachi consideran que el primer caso reportado corresponde a Brisbane en 1856, pero Geitz,⁽⁵⁾ autor que ha realizado una revisión cuidadosa de los casos reportados hasta 1955, considera que dichos casos corresponden más bien a un hígado poliquístico y



Fig. 4.—Nótese la gran extensión del quiste estando la enferma acostada.

creo que el primer caso de quiste único congénito hepático reportado corresponde a Michel, quien en 1856 describió, en un hombre de 60 años una tumoración en el hipocondrio derecho, comprobándose en la autopsia, un quiste de gran tamaño, con un contenido amarillo-verdoso.

La patogenia de estos quistes es un tema muy discutido, pues no todos los autores están de acuerdo sobre su mecanismo de producción:

Moschcowitz, en 1906, presentó pruebas de que los quistes congénitos eran anomalías procedentes de la dilatación de conductos biliares adherentes.

Moolten, consideró la totalidad del proceso como debido a una detención del proceso de

desarrollo y fijación de la diferenciación. Clagett⁽⁴⁾ señaló como posibles patogenias las siguientes hipótesis:

- a) Inflamatorias
- b) Degenerativas
- c) Tumoraes
- d) Alteración en el desarrollo.

Bockus⁽²⁾ y Sherlock⁽⁸⁾ los consideran como quistes por retención debido a la obstrucción de los conductos biliares, señalando Bockus, en ocasiones, no haber encontrado obstrucción ni estrechamiento de los conductos biliares y no siendo el contenido ni bilioso ni mucoso.

El número de casos reportados hasta 1955 varía entre 193 y 195 según que se consideren o no los casos de Brodie y Brisbane. En dicho año Geitz reportó dos casos. En 1958 Kosanovic y Pesie ⁽¹⁾ reportaron un caso. En 1960 Azevedo ⁽¹⁾ reportó un caso. En total hasta este momento y con el caso reportado por nosotros, existen en la literatura 198 ó 200 casos.

Los quistes congénitos pueden hacerse evidentes desde el nacimiento, siendo el caso de mayor edad de 82 años, estando la mayor frecuencia entre los 40-50 años.

Las mujeres son más frecuentemente afectadas con relación al hombre en una proporción de 4:1. El lóbulo derecho es afectado en mayor proporción que el izquierdo, 2:1. El tamaño es variable desde 3 cms. hasta alcanzar el tamaño de la cabeza de un feto a término, o inclusive un quiste que ocupe la cavidad abdominal como un caso reportado por Parry en 1932. El contenido líquido varía desde fluido hasta viscoso y el color desde claro, seroso, hasta de color bilioso. La cantidad del líquido varía desde algunos cms. hasta varios litros como en un caso reportado por Burch y Jones ⁽³⁾ de 17,000 c.c. La densidad varía entre 1.010 y 1.022. El líquido puede contener: albúmina, proteína, nitrógeno no proteico, mucinas, cloruros, bilirrubina, colesterol, azúcares y células epiteliales.

Macroscópicamente el quiste tiene forma redonda u oval, circunscrito, variando su color del blanco grisáceo al amarillo o verde. El quiste suele ser un o multilocular. Microscópicamente podemos considerar que el quiste está constituido por dos capas que yendo de afuera hacia adentro son: capa externa de tejido fibroso y de grosor variable, estando la superficie interna del quiste

tapizada por un epitelio no ciliado que varía de tipo según el tamaño del quiste (columnar a cuboideo). Cuando el quiste es muy grande el epitelio puede faltar y entonces toda la pared está constituida por tejidos fibrosos. El tejido hepático adyacente presenta una atrofia por compresión y una alteración en su arquitectura.

El quiste hepático congénito puede permanecer silente durante mucho tiempo para hacer su aparición por síntomas prestados de otros órganos, muchas veces condicionados por la compresión que el quiste ejerce sobre los mismos.

Entre los síntomas podemos citar náuseas, vómitos, anorexia, digestiones lentas, sensación de plenitud gástrica, obstrucción intestinal. Otras veces la única queja es la de una tumoración o molestia en el hipocondrio derecho. En ocasiones puede presentarse un dolor intenso que simula un abdomen agudo, siendo la causa, a veces, una hemorragia intraquística. Puede haber ictericia cuando un gran quiste comprime el colédoco o hepáticos.

Al examen físico encontramos una gran hepatomegalia limitada o de predominio en el lóbulo derecho o de un tumor en continuidad con el hígado. La naturaleza quística del tumor raras veces es fácil de apreciar a causa de la acentuada presión interna, el hígado suprayacente y el grosor de la pared quística (Spellberg) ⁽⁹⁾.

El hemograma no revela alteración alguna, aunque en casos raros puede haber anemia por hemorragia intraquística. Las pruebas funcionales hepáticas son normales, aunque, a veces, en presencia de quistes muy grandes, existe una retención de la bromosulfateína. En casos de ícteros las pruebas de la-

boratorio señalan su naturaleza obstructiva. El examen radiológico señala signos indirectos de la tumoración como: compresión del duodeno, desplazamiento del estómago a la izquierda y el colon hacia abajo y a la izquierda, sirviendo éste dato para diferenciarlo de un riñón aumentado de tamaño que lo rechaza hacia adelante. El examen laparoscópico es de gran utilidad, pues permite confirmar el diagnóstico en vida sin recurrir a la laparotomía.

Las complicaciones que pueden presentar estos quistes son las siguientes: infecciones (el líquido se vuelve purulento, fiebre y dolor sobre el quiste), hemorragias intraquísticas, rupturas, torsión del pedículo del quiste.

El diagnóstico es difícil establecerlo clínicamente y en la inmensa mayoría de los casos es hecho por punción, examen laparoscópico, operación o en la mesa de autopsia.

El tratamiento puede ser: a) quirúrgico: extirpación del quiste, lobectomía (en el caso de que el quiste se encuentre en el lóbulo izquierdo), aspiración, resección parcial, inarsupialización o anastomosis al tracto intestinal. De todos los métodos usados los dos más útiles son: la marsupialización y la extirpación, sobre todo por los grandes adelantos obtenidos en los últimos años en cirugía.

b) Está recomendado, cuando el quiste no ocasiona grandes molestias ni complicaciones, seguir una terapéutica contemporizadora.

Se presenta un caso de quiste congénito solitario del hígado.

Se hace una revisión en dicha entidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—AZEVEDO MARQUEZ RUY DE.—Cistos não parasitario do figado. Ann. Paul. Méd. Cir. 80:249-59 Oct. 60.
- 2.—BOCKUS.—Gastroenterology. Vol III, 375, 1949.
- 3.—BURCH J. C. and JONES H. E.—Large non parasitic cyst of the liver simulating and ovarian cyst. Am. J. Obst. Gynec. 63: 441, 1952.
- 4.—CLAGETT O. T. and HAWKINS.—Cyst disease of the liver. ANN Surg. 123:111, 1946.
- 5.—GEITZ.—Solidarity non parasitic cyst of the liver. A.M.A. Archives of Surgery 71:6.867, 1955.
- 6.—HENSON.—Benign tumor of the liver. Surg. Gynec. Obst. 103:23-30, 1956.
- 7.—KOSANOVIC B. and PESIC R. I. SURG. Clin. Med. Fag. Beograd. Med. Pregl. 11: 346-49, 1958. Non parasitic cyst of the liver.
- 8.—SHERLOCK SHEILA.—Disease of the liver and biliary system. 558, 1955.
- 9.—SPELLBERG.—Hepatopatías 151, 1957.