

Medicent Electrón. 2013 abr.-jun.;17(2)

**HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO
“JOSÉ LUIS MIRANDA”
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

INFORME DE CASO

Quiste hepático

Hepatic cyst

Dr. Ismael L. Polo Amorín¹, Dr. Roberto R. Polo Amorín², Dra. Carmen del R. Gómez Maciñeira³

- ¹. Especialista de Segundo Grado en Cirugía Pediátrica. Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda”. Santa Clara, Villa Clara. Asistente. Teléfono 273710. Correo electrónico: polo@hped.vcl.sld.cu
- ². Especialista de Primer Grado en Gastroenterología. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Santa Clara, Villa Clara.
- ³. Especialista de Primer Grado en Cirugía Pediátrica. Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda”. Teléfono 273710.

DeCS: Quistes/cirugía, Hepatopatías

DeCS: Cysts/surgery, Liver diseases

Los quistes hepáticos, tanto en cirugía de adulto como en pediatría, son entidades infrecuentes, obedecen a múltiples causas, y las más frecuentes son las parasitarias y los quistes simples. Pueden ser sintomáticos o no y presentarse a cualquier edad; suelen detectarse mediante un examen físico habitual y son fáciles de diagnosticar por ecografía y tomografía; la cirugía es el pilar fundamental en su tratamiento, y tiene como principio básico la escisión total; cuando esta sea imposible se realiza escleroterapia, con el objetivo principal de evitar recidivas.

Presentación del paciente

Lactante de dos meses de edad, femenina, producto de embarazo de alto riesgo obstétrico por infección vaginal, parto a término a las 40 semanas, cesárea, con peso de 4100 g. La madre le observó, desde el nacimiento, el abdomen voluminoso, más acentuado en el lado derecho, y una semana antes del ingreso presentó dificultad para defecar, pues lo hacía cada dos o tres días con pujos y cólicos. Por este motivo, es llevada al cuerpo de guardia de su área de salud, donde se detectó aumento de volumen en hemiabdomen derecho, por lo que fue remitida a nuestro servicio; al ser examinada, se encontró una masa renitente, movable en sentido lateral, que ocupaba el hemiabdomen superior derecho; se realizó ultrasonido abdominal, en cuyo informe se describe: Gruesa imagen ecolúcida de contornos bien definidos, que mide 96 x 65 mm, la cual se encuentra al parecer por debajo del hígado, y hace compresión sobre él; dicha imagen sobrepasa la línea media. La vesícula y el área pancreática no se visualizan adecuadamente; bazo y riñones normales (Figura 1).

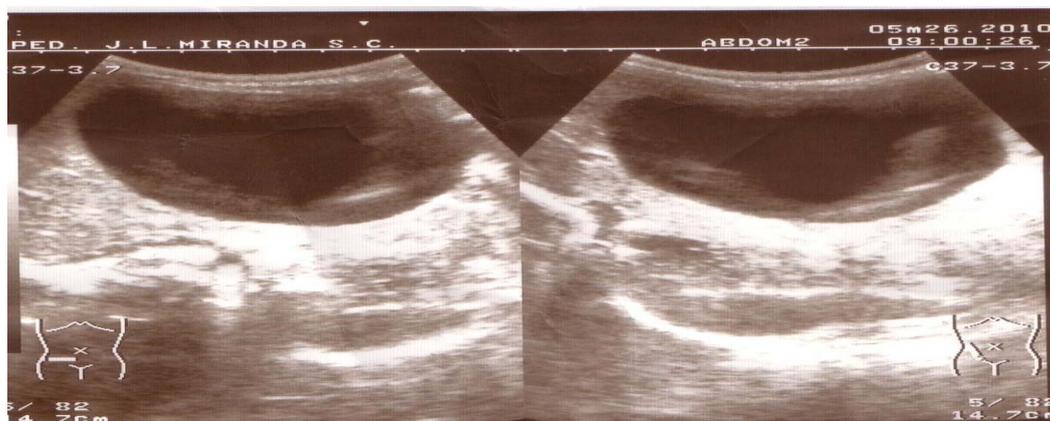


Fig. 1. Ultrasonido abdominal que muestra imagen ecolúcida situada debajo del hígado, detectada en los cortes transversal y oblicuo.

Se ingresó en la sala de cirugía, donde se le realizaron exámenes complementarios, cuyos resultados fueron:

Hb: 100 g/l; leucocitos: 8.0×10^9 ; neutrófilos: 025; linfocitos: 071; monocitos: 001; eosinófilos: 003; plaquetas: 240×10^9 ; coagulación: 8 min; sangrado: 2 min; glucemia: 4,4 mmol/l; TGP: 34 U/l; prot. totales: 66,2 g/l; globulinas: 27 g/l; albúmina: 39 g/l; heces fecales: negativo.

Se decidió realizar tomografía de abdomen con contraste oral (TAC No: 10-1420): Cortes tomográficos de 9,5 mm; por debajo del lóbulo izquierdo del hígado, se observa gruesa imagen hipodensa de aspecto tumoral, densidad líquida, de paredes finas, contornos bien definidos, no tabicada, que mide un diámetro máximo anteroposterior de 66 mm y transversal de 76 mm. Se observa en 20 cortes axiales, sobrepasa la línea media y se extiende hasta la fosa iliaca derecha. Dicho proceso produce compresión y desplazamiento del parénquima hepático y de la vesícula, además de las asas intestinales hacia el lado izquierdo. No se observa erosión ósea.

Se decidió realizar intervención quirúrgica con la posibilidad diagnóstica de un linfangioma quístico, y se encontró tumoración quística que procedía de la cara inferior del hígado, adherida al parénquima hepático, con contenido seroso en su interior, que tenía su origen en la vecindad del hilio hepático, cerca de la porta hepática izquierda, sin relación con las vías biliares extrahepáticas (Figura 2). Se resecó la masa quística; hubo necesidad de drenarla para su extracción, y dejar un pequeño remanente de cápsula a la izquierda del hilio hepático, el cual se marsupializó y se esclerosó con dextrosa al 10 % intracapsular.



Fig. 2. Tumoración quística que procedía de la cara inferior del hígado, adherida al parénquima hepático, con contenido seroso en su interior.

La paciente se recuperó satisfactoriamente y fue dada de alta a los 10 días de estadía hospitalaria, sin complicaciones.

Informe de biopsia: Quiste hepático simple.

Comentario

Los quistes hepáticos resultan afecciones infrecuentes en pediatría; pueden ser múltiples o solitarios. Entre las causas de quistes simples se encuentran múltiples entidades, la mayoría de ellas benignas; los quistes solitarios se clasifican en congénitos y adquiridos.¹ Entre los congénitos, se encuentra el quiste simple, el hamartoma mesenquimatoso, el quiste coledociano intrahepático, el quiste hepático ciliado, el quiste epidermoide y el linfangioma quístico. Los adquiridos pueden ser: parasitarios (por enfermedad hidatídica), postraumáticos, neoplásicos (cistadenomas, sarcomas, teratomas), quistes biliares (posportoenterostomía de Kasai, traumáticos), abscesos (amebianos o piógenos).² Los quistes simples son los que con más frecuencia se diagnostican en las etapas pre- y posnatal, y generalmente se derivan de conductos biliares aberrantes, pero se ha sugerido también su origen a partir de glándulas peribiliares intrahepáticas.^{2,3} Los quistes hepáticos simples son típicamente uniloculares; la presencia de septación obliga a realizar investigaciones más profundas. Los quistes simples son más frecuentes en el sexo femenino, y son mucho más frecuentes en adultos.^{4,5} No están asociados con quistes en otros órganos, raramente se comunican con el árbol biliar y no son considerados lesiones premalignas. Pueden ser completamente intrahepáticos, parcialmente extrahepáticos o pediculados⁶. Los quistes simples asintomáticos no requieren tratamiento quirúrgico, y pueden ser seguidos por ultrasonido, con conducta conservadora; la intervención se realiza si se detecta crecimiento prolongado, si aparecen síntomas o si la imagen es dudosa; los quistes simples raramente causan síntomas, a menos que sean de gran tamaño; en algunos casos han sido referidos síntomas, como distensión abdominal, dificultades para la alimentación, dificultad respiratoria y obstrucción duodenal.^{7,8} El estudio imaginológico es de gran importancia; el ultrasonido puede mostrar la localización, la presencia de septación, contornos y características de las paredes, contenido y enfermedades asociadas, al igual que la tomografía, la cual es el estudio imaginológico de elección para todos los autores.^{3,9} Los quistes simples, los ciliados y los coledocianos tienden a ser uniloculados; los hamartomas mesenquimatosos y los cistadenomas suelen ser multiloculados, en tanto que los parasitarios tienen una apariencia variable. Una variedad de tratamiento aceptable para los quistes asintomáticos es la aspiración con escleroterapia por vía percutánea; también es válida la cirugía

laparoscópica o la convencional. Todos los autores concuerdan en que la escisión total es el mejor tratamiento, ya que elimina el riesgo de recurrencia, una complicación bien reconocida de tratamientos conservadores¹⁰. Si la localización del quiste presupone una resección incompleta por la dificultad del acceso, entonces se prefieren, de inicio, los procedimientos menos invasivos, con el objetivo de tomar biopsia y confirmar que es un quiste simple.^{2,10} En esta paciente resultó ser un quiste simple, pero se operó pensando que se trataba de un linfangioma quístico; incluso, después de resecado, se realizó la escleroterapia local con dextrosa al 10 % para disminuir el riesgo de recidiva, según lo informado en la bibliografía.^{3,10}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tannuri AC, Tannuri U, Gibelli NE, Romão RL. Surgical treatment of hepatic tumors in children: lessons learned from liver transplantation. *J Pediatr Surg.* 2009;44(11):2083-7.
2. Komori K, Hoshino K, Shiarai J. Mesothelial cyst of the liver in a neonate. *Pediatr Surg Int.* 2008;24(4):463-5.
3. Shahi KS, Geeta B, Rajput P. Solitary hepatic lymphangioma in a 22- day-old infant. *J Pediatr Surg.* 2009;44:E9-E11.
4. Grosfeld JL, Otte JB. Liver tumors in children. En: Carachi R, Grosfeld JL, Azmy AF. *The Surgery of Childhood tumors.* 2nd ed. Berlín: Springer; 2008. p .227-53.
5. Geramizadeh B, Bahador A, Foroutan HR, Banani A, Nikeghbalian S, Malek-Hosseini SA. Pathology of pediatric liver tumors, a single center experience from south of Iran. *Indian J Pathol Microbiol.* 2010;53(3):422-6.
6. Stambuk J, Aretxabala X, Lavin M, Zamarin J. Fenestración laparoscópica de quistes hepáticos sintomáticos. *Rev Chil Cir.* 2008;60:548-51.
7. Mimatsu K, Oida T, Kawasaki A, Kanou H, Kuboi Y, Aramaki O, *et al.* Long-term outcome of laparoscopic reroofting for symptomatic nonparasitic liver cysts. *Hepatogastroenterolgy.* 2009;56:850-3.
8. Siegel MJ, Chung EM, Conrad RM. Pediatric liver: focal masses. *Magn Reson Imaging Clin N Am.* 2008;16(3):437-52.
9. Anderson WS, Kruskal BJ, Kane AR. Benign hepatic tumors and iatrogenic pseudotumors. *Radiographics.* 2009;29:211-29.
10. Brooke JR. TCMD de los tumores hepáticos. *MDTC. Marban.* 2009;3:166-95.

Recibido: 30 de mayo de 2012

Aprobado: 18 de marzo de 2013

Dr. Ismael L. Polo Amorín. Especialista de Segundo Grado en Cirugía Pediátrica. Asistente. Hospital Pediátrico Universitario "José Luis Miranda". Santa Clara, Villa Clara. Teléfono 273710. Correo electrónico: polo@hped.vcl.sld.cu