

## CASOS CLÍNICOS

# Fenestración laparoscópica de quistes hepáticos sintomáticos: Reporte de tres casos\*

## Laparoscopic fenestration of symptomatic cysts of the liver: Report of three cases

Drs. JUAN STAMBUK M.<sup>1</sup>, XABIER DE ARETXABALA U.<sup>1</sup>, MATÍAS LAVÍN G.<sup>1</sup>, JAIME ZAMARIN M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea. Santiago, Chile.

### RESUMEN

Los quistes hepáticos son una entidad frecuente y, en general, no dan manifestaciones clínicas. Sin embargo, algunos pacientes desarrollan síntomas derivados de la compresión de estructuras vecinas, distensión hepática o complicación de los quistes. Este grupo de enfermos requerirá tratamiento. Existen diversas opciones terapéuticas, siendo la alternativa quirúrgica la que presenta mejores resultados. Con el avance de las técnicas de cirugía mínimamente invasiva, la vía laparoscópica es de elección. Presentamos tres casos clínicos, el primero de un quiste hepático simple y los dos siguientes de enfermedad poliquística hepática, todos sintomáticos, en que la técnica de fenestración por vía laparoscópica se llevó a cabo con éxito.

**PALABRAS CLAVE:** *Fenestración laparoscópica, quiste hepático, cirugía hepática.*

### ABSTRACT

Hepatic cysts are common and generally asymptomatic. However, some patients become highly symptomatic because of hepatomegaly, compression or a complicated presentation. There are several treatment options for this group of patients, but surgery has the highest long-term outcomes. With the increased utilization of minimal-access surgery, laparoscopy is the technique of choice. The aim of this study is to report three clinical cases, one of a simple hepatic cyst, and two of adult polycystic liver disease, all of them treated successfully by laparoscopic fenestration.

**KEY WORDS:** *Laparoscopic fenestration, liver cyst, liver surgery.*

---

\* Recibido el 12 de Marzo de 2008 y aceptado para publicación el 25 de Julio de 2008.

Correspondencia: Dr. Juan Stambuk M.  
Av. Las Condes 8631 Santiago, Chile.  
E-mail: stambuk@mi.cl

## INTRODUCCIÓN

Los quistes hepáticos tienen una prevalencia de 4-7% en la población<sup>1</sup>. Dentro de los quistes congénitos se encuentran los quistes simples (a veces múltiples) y la enfermedad poliquistica hepática, frecuentemente asociada con enfermedad poliquistica renal. Actualmente se diagnostican con mayor frecuencia por la evolución de las técnicas de imagen y el amplio uso de la ecografía como screening en pacientes con dolor abdominal. Habitualmente son silentes y no requieren tratamiento. Sin embargo, algunos pacientes pueden tener síntomas derivados de distensión hepática, compresión de estructuras vecinas o complicación de los quistes. Este grupo es el que se beneficiaría de la cirugía<sup>2</sup>.

Dentro de este ámbito, numerosos reportes demuestran la viabilidad y seguridad de la cirugía mínimamente invasiva en el tratamiento de los quistes hepáticos, con beneficios en cuanto a dolor postoperatorio, movilización precoz del paciente, menor convalecencia y mejores resultados cosméticos<sup>3</sup>.

El propósito de este reporte es dar a conocer tres casos clínicos, el primero de un quiste hepático simple y los dos siguientes de enfermedad poliquistica hepática, en que la fenestración laparoscópica se llevó a cabo con éxito.

### Caso Clínico 1

Paciente de 83 años, sexo femenino, asmática e hipertensa, que consultó en el Servicio de Urgencia por un cuadro de un mes de evolución de plenitud precoz y dolor abdominal en hipocondrio derecho, sin irradiación, permanente y con exacerbaciones que la obligaron a tomar analgésicos. No presentó fiebre ni otros síntomas. Al examen se encontraba bien hidratada, anictérica, destacando un abdomen con leve hepatomegalia y sensible a la palpación profunda del hipocondrio derecho, con ruidos normales y sin irritación peritoneal. En los exámenes de laboratorio destacaban las fosfatasa alcalinas (107 UI/L) y la bilirrubina total (1,17 mg/dL) discretamente elevadas, con transaminasas normales. El hemograma, la PCR y las pruebas de función renal fueron normales. Se realizó una ecografía abdominal que demostró varios quistes hepáticos simples, con uno dominante en el lóbulo derecho, segmento VI de Couinaud, de 12 cm de diámetro y colelitiasis sin cambios inflamatorios, con vía biliar normal. La TAC de abdomen confirmó estos hallazgos, mostrando además que el quiste dominante comprimía las estructuras adyacentes. Se practicó una fenestración

laparoscópica sólo del quiste dominante, resecano ampliamente la pared libre con bisturí armónico, quedando con drenaje en el lecho. No se demostró conexión del quiste a la vía biliar. Se realizó además una colecistectomía por la misma vía. No hubo complicaciones en la cirugía ni postoperatorias. La paciente fue dada de alta al tercer día, sin drenaje y en buenas condiciones. La biopsia de la pared quística fue compatible con un quiste simple, y la vesícula con colecistitis crónica inespecífica. Actualmente, a cinco meses de la cirugía, la paciente se encuentra asintomática.

### Caso Clínico 2

Paciente de 51 años, sexo femenino, en control desde hace 11 años por enfermedad poliquistica hepática y renal e ITU a repetición. Hace dos años comenzó con sensación de plenitud precoz y dolor abdominal epigástrico y en hipocondrio izquierdo intermitente, por lo que se estudió. Al examen físico destacaba un abdomen sensible a la palpación del epigastrio e hipocondrio izquierdo, con una masa palpable a ese nivel. Las pruebas de función renal fueron normales y en las hepáticas destacaba una discreta elevación de las transaminasas. En la TAC de abdomen se demostraron múltiples quistes distribuidos en todo el parénquima hepático, con predominio en el lóbulo izquierdo, de hasta 10 cm de diámetro (Figura 1), sin complicación, y que comprimían significativamente el estómago desplazándolo hacia dorsal. Ambos riñones tenían imágenes quísticas corticales de hasta 2,5 cm de diámetro. El resto del estudio fue normal.

Se realizó una fenestración laparoscópica con Ligasure® de numerosos quistes visibles en el lóbulo izquierdo, incluido el quiste dominante, sin demostrarse comunicación con la vía biliar en ninguno de ellos. Se dejó drenaje al lecho. No hubo complicaciones en el intraoperatorio. La evolución postquirúrgica fue satisfactoria, y la paciente fue dada de alta al quinto día, sin drenaje, y en buenas condiciones. Actualmente, a cuatro meses de la cirugía, la paciente está asintomática. La TAC de control demostró una franca disminución del volumen hepático sin reproducción del quiste dominante (Figura 2).

### Caso Clínico 3

Paciente de 58 años, sexo femenino, sin antecedentes mórbidos relevantes. Inició un cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por dolor abdominal epigástrico y vómitos postprandiales precoces. Al examen físico destacaba dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, asociado a discreta hepatomegalia. Se realizó una endoscopia digestiva alta, pesquisándose una compre-

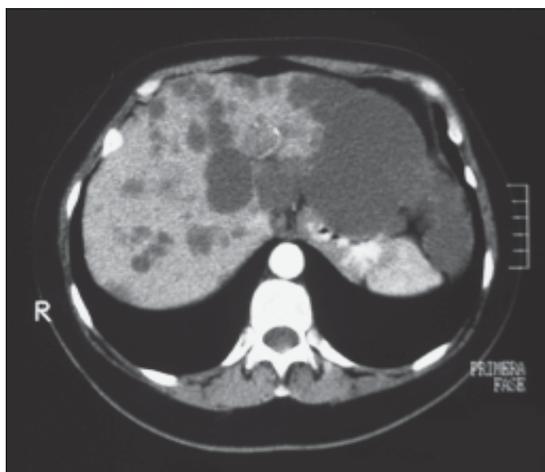


Figura 1. TAC de abdomen preoperatorio muestra gran quiste hepático en lóbulo izquierdo en paciente con enfermedad poliquística hepática.

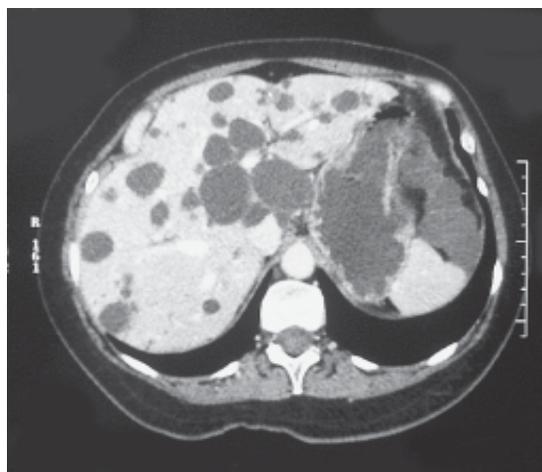


Figura 2. TAC de abdomen postoperatorio en que ya no se reconoce el gran quiste del lóbulo hepático izquierdo.

sión extrínseca del antro gástrico. Se complementó el estudio con una TAC de abdomen que demostró múltiples quistes hepáticos simples, con uno francamente dominante de 14 cm en el segmento III de Couinaud, que comprimía el estómago. Se realizó una fenestración por vía laparoscópica con Ligasure® sólo del quiste principal, dejándose drenaje al lecho. No hubo complicaciones intraoperatorias. La paciente fue dada de alta, sin drenaje, a las 48 horas. Actualmente, luego de 24 meses de seguimiento, se encuentra asintomática y los controles imagenológicos no demuestran recidiva del quiste principal.

## DISCUSIÓN

Los quistes hepáticos son una patología común, estimándose su frecuencia en un 7% de la población, y ésta aumentaría con la edad<sup>1</sup>. La gran mayoría de los pacientes no tienen manifestaciones clínicas y no requieren tratamiento. Sólo el grupo de pacientes que tienen síntomas se beneficiaría de la cirugía, cuyo propósito final es reducir significativamente el tamaño de la hepatomegalia, y producir un alivio sintomático prolongado. Se han descrito diversos procedimientos quirúrgicos para el manejo de esta patología, que incluyen la aspiración intraoperatoria, con o sin inyección de sustancias esclerosantes, destechamiento, cistoyeyunostomía, escisión completa del quiste, hepatectomía parcial, lobectomía hepática e incluso el trasplante hepático<sup>4-6</sup>. El manejo actual se realiza con la fenestración quística, técnica descrita por

Lin et al en 1968<sup>7</sup>. Desde el advenimiento de la cirugía mínimamente invasiva, la fenestración laparoscópica se considera como el método de tratamiento óptimo para los quistes hepáticos simples sintomáticos<sup>1,8</sup>. Se reconocen sus ventajas sobre la cirugía abierta, con una tasa de recidiva similar (11% vs 13%)<sup>9</sup>. El tratamiento laparoscópico de la enfermedad poliquística hepática sintomática es también ampliamente usado; sin embargo, su tasa de recurrencia de síntomas es mayor, hasta un 61%<sup>1,9</sup>.

En la literatura, se describen diversas complicaciones durante la cirugía, como hemorragia masiva o daño en los conductos biliares<sup>10</sup>. Éstas son más frecuentes cuando se realiza una fenestración extensa por enfermedad poliquística o en quistes simples profundos, debido principalmente a la distorsión de la anatomía hepática causada por los quistes<sup>10,11</sup>. Por esto, algunos autores recomiendan el uso colangiografía intraoperatoria de rutina, con inyección de azul de metileno a presión en la vía biliar<sup>12</sup>. En el postoperatorio, las complicaciones son fundamentalmente biliares, debidas a fístulas bilio-quísticas no identificadas o iatrogenia<sup>10,11,13</sup>. La ubicación anatómica de los quistes de nuestros pacientes, superficial y anterior, era favorable para realizar una cirugía laparoscópica, lo que sin duda contribuyó a su buena evolución posterior.

Para obtener resultados satisfactorios en el manejo quirúrgico de los quistes hepáticos, es importante efectuar un buen diagnóstico preoperatorio, diferenciando cuáles deben ser operados y la técnica a usar<sup>11</sup>. Así, se debe descartar la presencia de un cistoadenoma o un cistoadenocarcinoma.

Las características del quiste en la TAC de abdomen pueden ayudar al diagnóstico, al demostrar paredes gruesas e irregulares, tabiques, inclusiones papilares o loculaciones. Estos quistes no son tratables por fenestración laparoscópica<sup>4,13</sup>.

En zonas endémicas de hidatidosis como nuestro país, debe plantearse esta etiología. Los tests serológicos (sensibilidad de 90-95%), la ecografía y la TAC (especificidad de 95%), son herramientas indispensables<sup>14,15</sup>. En nuestro primer paciente, debido a las claras características imagenológicas y a que no tenía factores de riesgo para hidatidosis, no incluimos tests serológicos; sin embargo, creemos que el antecedente hubiese sido de utilidad.

Distintas series demuestran que la fenestración laparoscópica para quistes simples es un procedimiento seguro, con una excelente recuperación, y permite un alivio completo de los síntomas, con baja recurrencia<sup>12,16-18</sup>. En la enfermedad poliúística hepática, los resultados son pobres con respecto al alivio a largo plazo de los síntomas<sup>1,6,9,18</sup>. Por esto, Gigot et al<sup>2</sup>, desarrollaron una clasificación para pronosticar la recidiva de síntomas. Nuestro segundo y tercer paciente se incluyen dentro del grupo II de esta categorización, cuya recidiva es baja a largo plazo.

Los tres pacientes presentados en este reporte experimentaron un inmediato alivio de sus síntomas. No registramos recurrencias; sin embargo, el período de observación post tratamiento aún es muy limitado.

### CONCLUSIÓN

Dentro de las alternativas de tratamiento quirúrgico de los quistes hepáticos sintomáticos se encuentra la fenestración por vía laparoscópica. La técnica es segura, con una mínima morbilidad, y puede aliviar adecuadamente la sintomatología a largo plazo en pacientes bien seleccionados. Por esto se realiza cada vez con mayor frecuencia para el manejo de esta patología.

### REFERENCIAS

1. Fiamingo P, Tedeschi U, Veroux M, Cillo U, Brolese A, Da Rold A, et al. Laparoscopic treatment of simple hepatic cysts and polycystic liver disease. *Surg Endosc* 2003; 17: 623-626.
2. Gigot J, Jadoul P, Que F, Van Beers B, Etienne J, Horsmans Y, et al. Adult polycystic liver disease: is fenestration the most adequate operation for long-term management? *Ann Surg* 1997; 225: 286-294.

3. Zacherl J, Scheuba C, Imhof M, Jakesz R, Függer R. Long-term results after laparoscopic unroofing of solitary symptomatic congenital liver cysts. *Surg Endosc* 2000; 14: 59-62.
4. Emmermann A, Zornig C, Lloyd D, Peiper M, Bloechle C, Broelsch C. Laparoscopic treatment of nonparasitic cysts of the liver with omental transposition flap. *Surg Endosc* 1997; 11: 734-736.
5. Starzl T, Reyes J, Tzakis A, Miele L, Todo S, Gordon R. Liver transplantation for polycystic liver disease. *Arch Surg* 1990; 125: 575-577.
6. Robinson T, Stieglmann G, Everson G. Laparoscopic palliation of polycystic liver disease. *Surg Endosc* 2005; 19: 130-132.
7. Lin T, Chen C, Wang S. Treatment of non-parasitic cystic disease of the liver: a new approach to therapy with polycystic liver. *Ann Surg* 1968; 168: 921-927.
8. Fabiani P, Mazza D, Toouli J, Bartels A, Gugenheim J, Mouiel J. Laparoscopic fenestration of symptomatic nonparasitic cysts of the liver. *Br J Surg* 1997; 84: 321-322.
9. Koperna T, Vogl S, Satzinger U, Schulz F. Nonparasitic Cysts of the Liver: Results and Options of Surgical Treatment. *World J Surg* 1997; 21: 850-854.
10. Katkhouda N, Hurwitz M, Gugenheim J, Mavor E, Mason R, Waldrep D, et al. Laparoscopic management of benign solid and cystic lesions of the liver. *Ann Surg* 1999; 229: 460-466.
11. Hansman M, Ryan J, Holmes J, Hogan S, Lee F, Kramer D, et al. Management and long-term follow-up of hepatic cysts. *Am J Surg* 2001; 181: 404-410.
12. Palanivelu C, Jani K, Malladi V. Laparoscopic management of benign nonparasitic hepatic cysts: A prospective nonrandomized study. *South Med J* 2006; 99: 1063-1067.
13. Gigot J, Metairie S, Etienne J, Horsmans Y, Van Beers B, Sempoux C. The surgical management of congenital liver cysts. *Surg Endosc* 2001; 15: 357-363.
14. Giuliante F, D'Acapito F, Vellone M, Giovannini I, Nuzzo G. Risk for laparoscopic fenestration of liver cysts. *Surg Endosc* 2003; 17: 1735-1738.
15. Khoury G, Abiad F, Geagea T, Nabout G, Jabbour S. Laparoscopic treatment of hydatid cysts of the liver and spleen. *Surg Endosc* 2000; 14: 243-245.
16. Fabiani P, Iannelli A, Chevallier P, Benchimol D, Bourgeon A, Gugenheim J. Long-term outcome after laparoscopic fenestration of symptomatic simple cysts of the liver. *Br J Surg* 2005; 92: 596-597.
17. Manterola C, Pineda V, Vial M. Efectividad del tratamiento laparoscópico de quistes y tumores hepáticos. Revisión global de la evidencia. *Rev Chil Cir* 2007; 59: 264-271.
18. Konstadoulakis M, Gomatos I, Albanopoulos K, Alexakis N, Leandros E. Laparoscopic fenestration for the treatment of patients with severe adult polycystic liver disease. *Am J Surg* 2005; 189: 71-75.