

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

QUISTES NO PARASITARIOS DEL HIGADO

=====

Dr. Lorenzo Cubillos O.

Dr. Cristián García B.

En homenaje a nuestro distinguido invitado, el Prof. Dr. Ben Eiseman, desarrollaremos el tema enfocándolo desde el ángulo de toma de decisiones. Ver es -
quema.

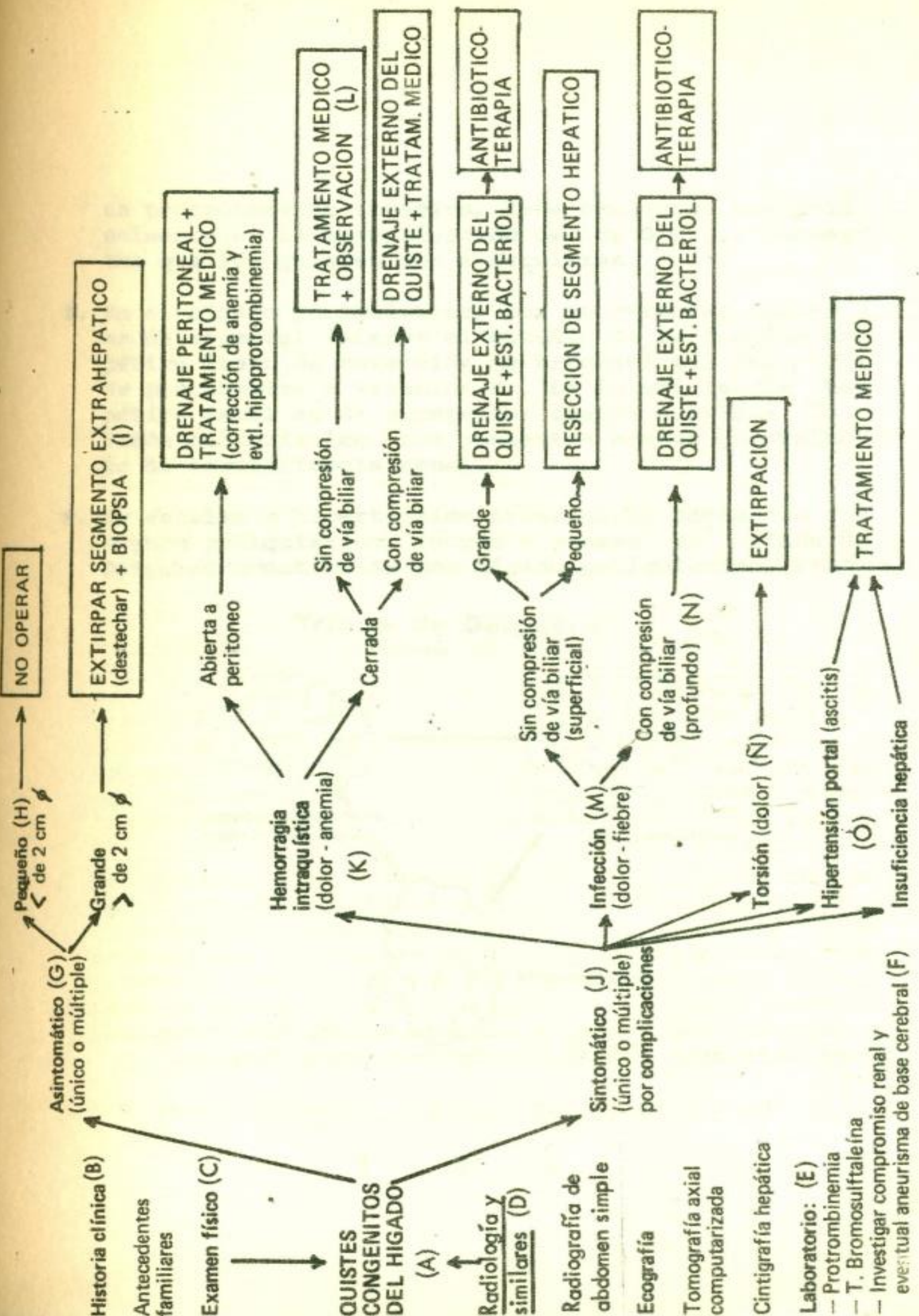
COMENTARIOS

- A. En contraste con los quistes parasitarios, los quistes congénitos hepáticos (Q.C.H.) son raros. Comprenden los quistes solitarios y el hígado poliquístico, que embriológicamente se originarían de la falta de reabsorción de conductos biliares intrahepáticos degenerados (Norris y Tyson). El 78% se localiza en el lóbulo hepático derecho. Son de tamaño variable (desde pocos mm. hasta 20 cm. de diámetro), de pared delgada, formada por una lámina de tejido conjuntivo vascular y tapizada por epitelio cúbico o cilíndrico. Contienen generalmente líquido seroso y no están comunicados con la vía biliar.
- B. Habitualmente son asintomáticos. Las manifestaciones clínicas: dolor, fiebre, anemia, compromiso del estado general, etc. surgen de las complicaciones. El hígado poliquístico suele coexistir con malformaciones congénitas de otros parénquimas, especialmente riñón (enfermedad poliquística hepatorenal) y tiende a heredarse en forma dominante, lo que le confiere

carácter familiar. Conociendo este hecho, es mandatorio la investigación de estos antecedentes; tanto para el apoyo diagnóstico de un caso clínico, como para la pesquisa de un nuevo caso en la familia .

- C. La hepatomegalia, difusa o localizada, es el signo más constante en los quistes múltiples o de mayor tamaño. Suele ser hallazgo de examen físico. Los Q.C.H. se deben tener presente en el diagnóstico diferencial: 1). de los aumentos de volumen del hígado, especialmente aquellos de estructura nodular y/o consistencia quística y 2) de otros quistes intra-abdominales, como los del ligamento redondo, pseudoquiste de páncreas, quistes celómicos peritoneales, quiste ovárico gigante, etc.
- D. En el estudio complementario debe darse preferencia a los procedimientos no invasivos. La radiografía de abdomen simple documenta la hepatomegalia. La ecografía es el examen de elección para investigar masas líquidas, en cortes transversales y longitudinales, hecho que permite detectar simultáneamente quistes renales u otros. Es inocua (aplicable a embarazadas y niños), rápida, relativamente económica y se presta para estudios familiares. Su interpretación es difícil y requiere de un experto. Tomografía axial computarizada (T.A.C.) del abdomen, en cortes transversales, permite el estudio simultáneo de otras vísceras (riñones, páncreas) con excelente precisión anatómica, pero es un recurso radiante y más oneroso que el anterior. Ecografía y T.A.C., como procedimientos no invasivos, permiten que el paciente esté claramente informado de su enfermedad, hecho muy útil para enfrentar posibles complicaciones futuras.

La arteriografía hepática selectiva, por ser



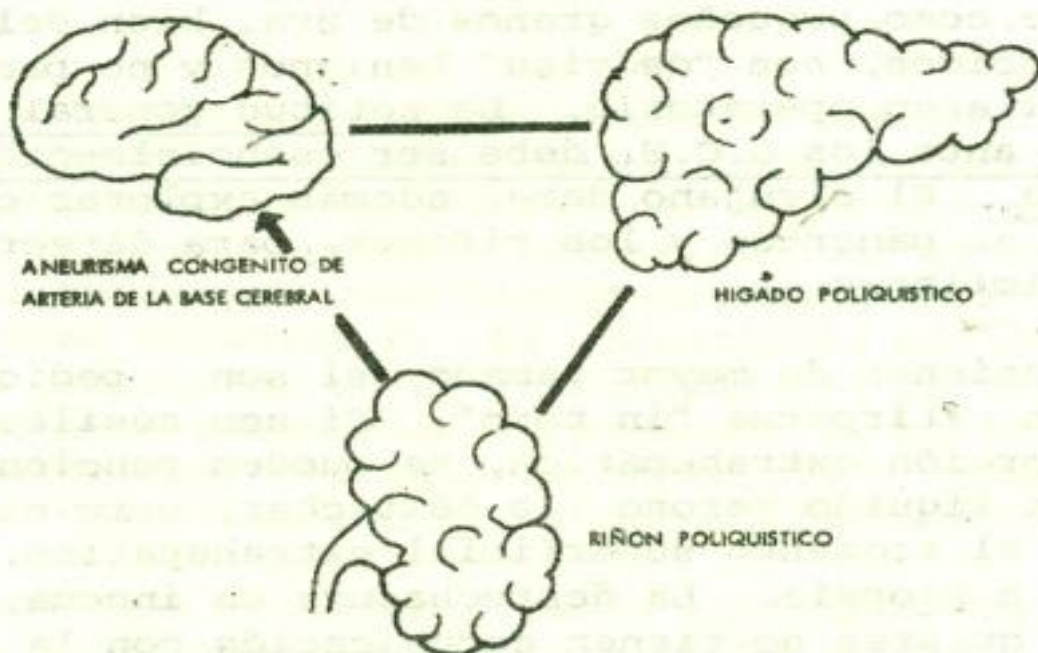
un procedimiento invasivo, debe emplearse excepcionalmente en la investigación de los Q.C.H.; demuestra que los quistes son avasculares.

E. En el hígado poliquistico, por su carácter difuso, es de especial interés el estudio de la función hepática (test de retención de bromosulfaleína y test de protrombina + vitamina K). La insuficiencia hepática fatal es de excepción; cuando coexiste con riñón poliquistico, los pacientes mueren generalmente de insuficiencia renal.

F. La cefalea e hipertensión arterial, en pacientes con hígado poliquistico, induce a pensar en triada de Dalgaard constituida por hígado poliquistico, riñón

Triada de Dalgaard

(Copenhagen, 1957)



poliquístico y aneurismas congénitos de arterias de la base cerebral. Frente a esta sospecha, se debe practicar estudio anatómico-funcional del riñón y arteriografía selectiva de las arterias de la base del cráneo. Si se confirman dichos aneurismas, deben operarse electivamente, ya que se sabe que la hemorragia cerebral, por ruptura de ellos, tiene alta mortalidad.

- G. Los Q.C.H., por lo general, son asintomáticos y constituyen un hallazgo operatorio o de necropsia. En 3.975 autopsias practicadas en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile entre 1976 y 1978, se hallaron 26 casos, esto es el 0.65% de las necropsias. La real frecuencia seguramente es superior, pero difícil de establecer.
- H. Las formas pequeñas, localizadas en la superficie hepática, como pequeños granos de uva, bien delimitados traslúcidos, son "de visu" benignos y no pasan de ser un hallazgo operatorio. La actitud general de la Cirugía ante los Q.C.H. debe ser esencialmente conservadora. El cirujano debe, además explorar cuidadosamente el páncreas y los riñones, para detectar lesiones similares.
- I. Las lesiones de mayor tamaño, si son pediculadas, pueden extirparse "in toto". Si son sésiles o tienen una porción extrahepática, se pueden puncionar (se aspira líquido seroso) o destechar, esto es, se extirpa el segmento superficial extrahepático, que se envía a biopsia. La destechadura es inocua, ya que estos quistes no tienen comunicación con la vía biliar.
- J. Los Q.C.H., especialmente las formas múltiples, se

hacen sintomáticos por sus complicaciones: hemorragia intraquística, infección, hipertensión portal, insuficiencia hepática, caquexia, etc. Estas complicaciones son muy poco frecuentes, pero pueden alcanzar extrema gravedad. Los grandes hígados poliquísticos pueden hacerse dolorosos por distensión de la cápsula de Glisson o tracción de los ligamentos hepáticos, sin que necesariamente se compliquen de hemorragia o infección; estos casos excepcionales alivian con la destechadura de los quistes superficiales.

K. La hemorragia intraquística se manifiesta por dolor, rápida acentuación de la hepatomegalia y anemia. La ruptura de estos quistes a peritoneo libre causa hemoperitoneo y dolor abdominal agudo, que puede conducir a laparotomía de urgencia. Si el diagnóstico de Q.C.H. ha sido un hallazgo intraoperatorio, debe darse a conocer al paciente, para enfrentar posibles recidivas de la hemorragia u otras futuras complicaciones.

L. La anemia debe corregirse según su gravedad; en las formas leves o medianas bien toleradas, deben evitarse transfusiones sanguíneas por el riesgo de hepatitis por suero homólogo. Si existe una alteración funcional hepática, como hipoprotrombinemia, debe administrarse vitamina K. El tratamiento médico comprende la protección de la integridad del parénquima hepático sano remanente, suprimiendo el alcohol y drogas hepatotóxicas, previniendo hepatitis y traumas del hígado (prohibición de deportes violentos, etc.).

M. La infección secundaria tiene las manifestaciones clínicas de un absceso hepático: dolor, fiebre, compromiso del estado general y leucocitosis; puede simular cuadro de colecistitis aguda.

- N. La compresión de la vía biliar intrahepática, con ictericia obstructiva secundaria, ocurre en los quistes que asientan en el espesor del parénquima y que crecen progresivamente o se complican de hemorragia y/o infección. La complicación séptica con compresión extrínseca de la vía biliar e ictericia, aconteció en el único caso sintomático de nuestra serie necróptica, siendo la causa de su muerte.
- Ñ. La torsión ocurre en los quistes superficiales, provistos de un pedículo implantado en la cara inferior del hígado; la torsión del pedículo causa dolor abdominal intenso y hemorragia intraquistica.
- O. En caso de hígado poliquístico extenso, con marcada reducción de parénquima, se puede llegar a hipertensión portal de tipo presinusoidal con ascitis secundaria e insuficiencia hepática, que representan la etapa terminal de la enfermedad. Esta condición es rara, de pésimo pronóstico y en ella la Cirugía está excluida y sólo procede el tratamiento médico.

B I B L I O G R A F I A

1. CUBILLOS, L.; TOCORNAL, J.; CROXATTO, H.; FORADORI, A.; BARRIGA, P.; PASSALACQUA, H. y GARCIA, C.: Quistes congénitos del hígado. LI Congreso de la Sociedad de Cirujanos de Chile. Valdivia, 1978.
2. PRIEST, R. and BERK, J.: Nonparasitic cysts of the liver by BOCKUS, H.L.: Gastroenterology. Third Edition. Vol. 3. W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1976.