



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. SIGLO XXI

QUISTES HEPÁTICOS EXPERIENCIA DE 10 AÑOS
EN EL SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA DEL
CENTRO MÉDICO NACIONAL SXXI

T E S I S
PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA:
ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL
PRESENTA:
DR. ADOLFO CUENDIS VELÁZQUEZ



ASESOR:
DR. JOSÉ LUIS MARTÍNEZ ORDAZ

MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

TITULO.

Quistes Hepáticos Experiencia de 10 Años en el servicio de Gastrocirugía del Centro

Médico Nacional SXXI

TESIS QUE PRESENTA

Dr. Adolfo Cuendis Velázquez

PARA OBTENER EL DIPLOMA

EN LA ESPECIALIDAD EN

CIRUGÍA GENERAL

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGIA GENERAL, HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

ASESOR: DR. JOSÉ LUIS MARTÍNEZ ORDAZ

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL,
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

MÉXICO, D.F.

2009

DOCTORA

DIANA G. MENEZ DIAZ

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SIGLO XXI

DOCTOR

ROBERTO BLANCO BENAVIDES

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES CMN SXXI

DOCTOR

JOSÉ LUIS MARTÍNEZ ORDAZ

CIRUJANO GENERAL

MEDICO ADSCITO AL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES CMN SXXI



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 3601

FECHA **15/06/2009**

Estimado José Luis Martínez Ordaz

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle que, el protocolo de investigación en salud presentado por usted, cuyo título es:

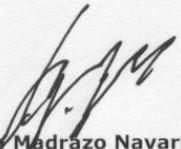
Quiestes Hepáticos Experiencia de 10 Años en el servicio de Gastrocirugía del Centro Médico Nacional SXXI

fue sometido a consideración del Comité Local de Investigación en Salud, quien de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores consideraron que cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética médica y de investigación vigentes, por lo que el dictamen emitido fue de: **AUTORIZADO**.

Habiéndose asignado el siguiente número de registro institucional

No. de Registro
R-2009-3601-66

Atentamente


Dr(a). María Madrazo Navarro
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud Núm 3601

A ti que significas tanto para mí, que me has dado la oportunidad de vivir a tu lado, ayudarme a ser quien soy y pese a ello continuar cerca..... a mis padres que les debo todo lo que soy, mi vida y en quienes he encontrado ejemplo, Cuca Adolfo y María Elena; gracias. A mis hermanas por acompañarme en este camino por estar ahí cuando se debe.. Gracias. A mis abuelos y familiares por su apoyo, respeto y admiración que me ayudan a seguir...gracias. Y a ti Karemh por animarte a acompañarme en este camino, gracias por aguantarme, apoyarme y amarme; no hay mejor compañera de viaje sin duda alguna; gracias por permitirme compartir la vida contigo.

A mis maestros sin los cuales el aprendizaje no sería enseñanza, por compartir sus conocimientos y ayudarme a ser mejor médico mil gracias.

A mis pacientes quienes han puesto fe y vida en mis manos y quienes han sido sin duda el mejor libro desde que decidí estudiar medicina, gracias infinitas.

NDICE

Resumen	1
Introducción y Antecedentes	2-5
Justificación	6
Hipótesis	6
Objetivos	6
Material y métodos	7-9
Consideraciones éticas	9
Recursos Humanos, físicos y financieros	9
Análisis de resultados	10-21
Discusión	22-25
Conclusiones	26
Anexo	27
Bibliografía	28-30

RESUMEN

Lo quistes hepáticos son una patología en su mayoría cursan asintomáticos y son también en su mayoría benignos, detectados durante estudios diagnósticos con otra finalidad, aquellos con sintomatología asociada, sospecha de malignidad o complicaciones, son los que deben ser llevados a cirugía, con fines de resección, existen varios procedimientos dentro de los cuales esta la resección anatómica, resección del quiste, enucleación, fenestración, destechamiento, derivación, y escleroterapia.

Desconocemos la prevalencia de los procedimientos quirúrgicos realizados para patología en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional SXXI, por lo que realizaremos el estudio de esta patología en la experiencia del servicio de enero de 1999 a enero del 2009.

Para los fines de esta tesis se incluirán a todos los pacientes operados en el periodo descrito, obteniendo la información de los registros de cirugías del servicio de Gastrocirugía, para realizar la revisión de los expedientes en cuestión, así mismo se realizara revisión de los diagnósticos histopatológicos en los registros de Patología, vaciando los datos en la hoja de recolección para su análisis posterior. Se excluirán aquellos pacientes cuyos expedientes no sean localizados o se encuentren incompletos.

Se realizara un estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo, analizando mediante estadística descriptiva, medidas de tendencia central, el numero de cirugías realizadas, que tipo de cirugías, el tipo y características de los quistes, comparando los diagnósticos prequirúrgicos con los reportes histopatológicos. Así como las principales indicaciones de las cirugías, complicaciones asociadas a las mismas y la evolución postoperatoria de los pacientes.

INTRODUCCIÓN

Los quistes hepáticos son un conjunto de patologías que al ser asintomáticos en la mayoría de los casos el diagnóstico suele realizarse como hallazgo en estudios de imagen realizados con propósitos diagnósticos distintos a el estudio específico de los mismos, esto gracias al avance tecnológico desarrollado en las últimas décadas en los estudios de imagen tales como lo son el ultrasonido (USG), tomografía (TC) o resonancia magnética nuclear (RMN). (3)(4)(31)

Aunque la gran mayoría de los quistes diagnosticados con estos estudios de imagen no requieren de mayor intervención terapéutica, el manejo de estos depende de los síntomas asociados que se puedan presentar, la complicación de las lesiones mismas que se describirán más adelante, o complicaciones dadas por su localización anatómica, así como la estirpe histológica y la historia natural de la enfermedad. Se han descrito quistes únicos y múltiples, y desde algunos milímetros de diámetro hasta más de 20 centímetros. (3)(6)(31)

Los síntomas asociados a los quistes, suelen ser insidiosos secundarios a la compresión de los órganos contiguos, y suelen manifestarse con dolor cagó, sensación de plenitud, ictericia aunque rara puede ser consecuencia de la compresión extrínseca de la vía biliar, la resección, desechamiento y ablación han sido tratamientos probados satisfactoriamente para el manejo de estas lesiones y resolución de los síntomas. (1)(3)(7)(24)(25)(27)

Los estudios diagnósticos prácticamente abarcan los estudios de imagen más comunes y ninguno se demuestra superior en el diagnóstico de los quistes, no así en cuanto a la relación que estos guarden con estructuras contiguas donde la TC y RMN han mostrado ser superiores. (3)(4)

El tratamiento de los quistes hepáticos consiste en la resección quirúrgica del mismo ya sea por abordaje abierto o laparoscópico, desechamiento del quiste, fenestración

con o sin marsupialización, y ablación con materiales esclerosantes. Se han descrito también casos resueltos mediante abordaje endoscópico y drenaje externo mediante punción y también hay casos de pacientes tratados mediante radiofrecuencia.(1)(8)(9)(10)(12)(13)(14)(15)(16)(17)(18)(19)(20)(23)

Las lesiones quísticas del hígado pueden dividirse en cuatro grupos principales, congénitos, neoplásicos, inflamatorios y traumáticos.

De estos los más comunes son sin duda los congénitos en los que se encuentran a su vez dos grupos los simples y la enfermedad poliquística hepática. Los quistes congénitos simples e deben a dilataciones del sistema biliar aberrante y están recubiertos de epitelio biliar cuboideo, carecen de comunicación con el sistema biliar, la mayor parte de los casos son asintomáticos y no requieren mayor tratamiento, pueden variar en tamaño y solamente el 10% se presentan con síntomas el mas común dolor en hipocondrio derecho vago, o plenitud abdominal. Las complicaciones mas comunes de los mismos, son hemorragia, ruptura, infección y obstrucción biliar por compresión extrínseca.(3)(6)(22)(26)

Las indicaciones para el manejo quirúrgico de estas lesiones son síntomas relacionados al tamaño, complicaciones o estudios de imagen que sugieran malignidad.

El tratamiento quirúrgico es la escisión completa del quiste, siempre y cuando la localización anatómica lo permita con riesgo relativamente bajo, de lo contrario existen otras opciones terapéuticas tales como destechamiento con resección parcial de la pared del quiste y ablación del epitelio de la pared restante ya sea con electrocauterio o con alcohol. Otras opciones consisten en fenestración del quiste con comunicación permanente del contenido del mismo con el peritoneo permitiendo a este la reabsorción del líquido producido por el quiste. Se ha descrito la aspiración percutánea de los quistes hepáticos sin embargo el índice de recidiva hace que esta opción no sea recomendable, dejando solo esta acción como alternativa diagnostica

previa al tratamiento definitivo. Existe también otra opción terapéutica en la cual se realiza punción percutánea aspiración del contenido y posterior infiltración con alcohol o algún otro elemento esclerosante, sin embargo este procedimiento tiene ciertas limitantes si el quiste es hemorrágico o tiene comunicación con la vía biliar, además que se han reportado ciertas complicaciones asociadas al procedimiento. (1)(3)(9)(10)(11)(12)(15)(16)(17)(18)(19)(31)

La enfermedad poliquística hepática puede asociarse a la enfermedad renal poliquística como trastorno autosómico recesivo, y presentar también lesiones quísticas en páncreas pulmones o bazo, sin embargo pese a una enfermedad con afección intensa del órgano no condiciona comúnmente alteración en la función hepática y la hepatomegalia, ascitis y plenitud suelen ser su única manifestación. Se reserva la cirugía para aquellos pacientes con complicaciones o síntomas severos debido a compresión, la opción quirúrgica de preferencia es la fenestración con o sin marsupialización de los quistes reservando la resección anatómica para casos selectos así como trasplante hepático para enfermedad recurrente mas severa.(2)(10)(12)(31)

Los quistes neoplásicos son raros (5% del total de los casos) y se pueden dividir en cistadenomas y cistadenocarcinomas. Al igual que los quistes simples la mayor parte son asintomáticos y la sintomatología cuando se presenta se debe a compresión y crecimiento del quiste, la imagen característica es la de un quiste multilobulado de pared delgada y componentes heterogéneos. Se ha descrito los niveles de marcadores tumorales como CA 19-9 y ACE como un indicador sugestivo de malignidad. Histológicamente se caracterizan por un estroma de soporte celular denso y epitelio cuboidal (cistadenoma seroso) o cilíndrico con células productoras de moco (cistadenoma mucinoso). El cistadenocarcinoma se compone de un adenocarcinoma papilar, que puede invadir la pared, suele acompañarse de hipervascularidad periférica y puede ser focal afectando solo algún segmento del quiste. La resección completa debe ser la meta del tratamiento quirúrgico y ante la sospecha de un cistadenoma ya que no puede ser distinguido de un

cistadenocarcinoma, así como el riesgo de transformación maligna, debe ser llevado a enucleación o resección anatómica para casos seleccionados debido a tamaño o relaciones contiguas.(3)(21)(28)(29)(30)(31)

Los inflamatorios se deben a procesos bacterianos o parasitarios los cuales deben ser manejados como abscesos hepáticos o en el caso de los parasitarios con manejo antiparasitario específico y son objeto de estudio por separado de los quistes simples y neoplásicos.(5)(25)

Finalmente los traumáticos en cuyo caso se deben al antecedente de un hematoma subcapsular o un trauma que incluye la sección del sistema biliar es un común denominador. Constituyen menos del 0.5% de los casos de los quistes hepáticos. Y debido a que no tienen pared propia representan en realidad pseudoquistes, pueden someterse a vigilancia y en caso de crecimiento complicación o sintomatología persistente ser sometidos a resección quirúrgica o aspiración.(31)

JUSTIFICACIÓN

Se desconoce la cantidad de pacientes operados bajo el diagnóstico de Quiste Hepático, así como las indicaciones de cirugía, la correlación con los resultados de los reportes de patología, y la evolución de los pacientes.

HIPÓTESIS

La resección de los quistes hepáticos suele ser un procedimiento relativamente sencillo con una evolución clínica satisfactoria de los pacientes. Siendo la mayoría de los casos quistes congénitos simples.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia y tipo de las cirugías empleadas en el tratamiento de los quistes hepáticos, así como el diagnóstico histopatológico de las piezas obtenidas, así como la evolución postoperatoria.

MATERIAL Y MÉTODOS

1.- Diseño del estudio:

Observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal

2.- Universo de trabajo:

Pacientes operados bajo el diagnóstico de quiste hepático en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional SXXI, en el periodo del 1º enero de 1999 al 1º de enero del 2009.

3.- Descripción de las variables:

Quiste Hepático

Tamaño

Morfología

Únicos o múltiples

Complicaciones del quiste, hemorragia o infección

Localización

Comunicación con la vía biliar

Estudios diagnósticos

Tratamientos previos empleados

Indicación de la cirugía

Sintomatología del paciente

Diagnóstico prequirúrgico

Tipo de cirugía

Complicaciones asociadas a la cirugía

Evolución postoperatoria

Diagnóstico histopatológico

4.-selección de la muestra:

a) Tamaño de la muestra: se incluirán a todos los pacientes sometidos a cirugía bajo el diagnóstico de quiste hepático en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional SXXI, en el periodo del 1º enero de 1999 al 1º de enero del 2009

b) Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Todo paciente operado bajo el diagnóstico de quiste hepático en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional SXXI, en el periodo del 1º enero de 1999 al 1º de enero del 2009

Criterios de no inclusión:

Criterios de exclusión:

Pacientes cuyos expedientes se encuentren incompletos y que impida la recolección de datos.

5.- Procedimiento:

1. Se revisaran los registros de las cirugías realizadas por el servicio de Gastrocirugía del hospital de especialidades de Centro Médico Nacional SXXI bajo el diagnóstico de Quiste Hepático, en el periodo del 1º enero de 1999 al 1º de enero del 2009
2. Se solicitaran los expedientes al archivo clínico de los pacientes y se revisaran para recabar los datos.
3. Se recabaran los diagnósticos realizados por el servicio de Patología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional SXXI, de los pacientes operados bajo el diagnóstico de Quiste Hepático.

4. Se consignaran todos los datos obtenidos de los expedientes, en la hoja de recolección anexa, tales como edad, sexo, estados de comorbilidades, estudios diagnósticos, tamaño y localización del quiste, sintomatología del paciente, indicación de cirugía, diagnóstico prequirúrgico, cirugía empleada, días de estancia hospitalaria, diagnóstico de patología, complicaciones del evento quirúrgico, evolución postoperatoria.

6. Análisis estadístico:

Se realizara análisis estadístico con frecuencias, razones y proporciones, obtendremos media mediana y moda.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Al ser un estudio retrospectivo, no será necesario consentimiento informado.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

Recursos humanos: investigador y asesor

Recursos materiales: únicamente se utilizaran expedientes clínicos

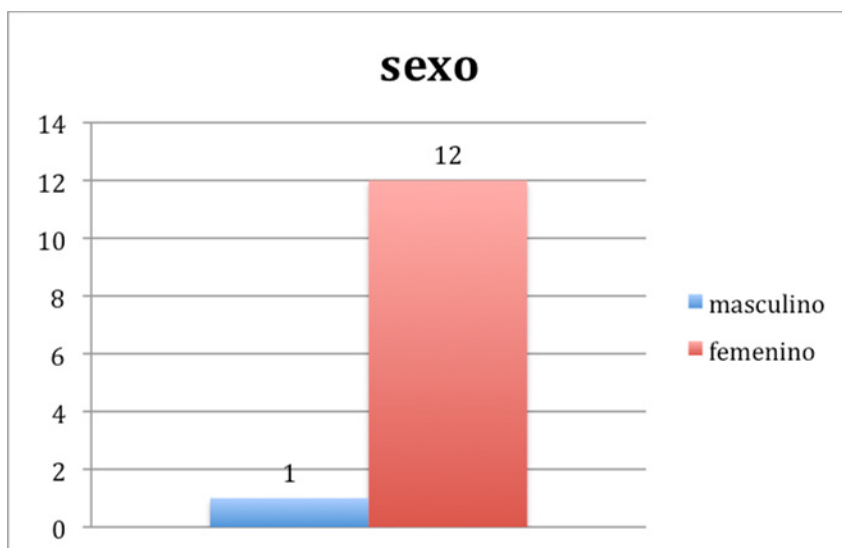
Recursos financieros: no requeridos.

RESULTADOS

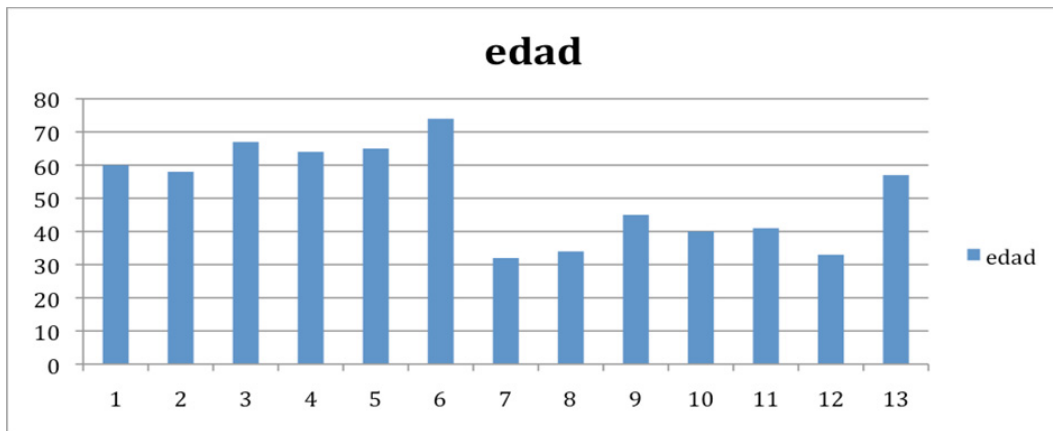
Se encontraron 33 cirugías realizadas bajo el diagnóstico de quiste(s) hepático(s) en el periodo de 1º enero del 1999 al 1º enero del 2009, de los cuales se encontraron únicamente 13 expedientes en el archivo clínico, por lo que el resto de los 20 pacientes fueron excluidos.

Se recabaron los datos de los expedientes vaciándolos en una hoja de recolección de datos (anexo1), en la cual se incluyeron datos de edad, sexo, comorbilidades, sintomatología asociada, dimensiones del quiste, número de quistes, localización, número de segmentos afectados, morfología del quiste, complicaciones preoperatorios del mismo, y comunicación con la vía biliar, se recabo los métodos diagnósticos empleados, indicación de la cirugía, diagnóstico preoperatorio, cirugía empleada, tipo de acceso quirúrgico, cirugía asociada, tratamientos previos, días de estancia intrahospitalaria, tiempo de seguimiento en meses, recurrencia del quiste, resolución de los síntomas, y diagnóstico histopatológico.

Se encontró un claro predominio del sexo femenino en nuestra serie con 12 pacientes representando el 92% de los casos, contra un masculino que representa el 8% de los casos.

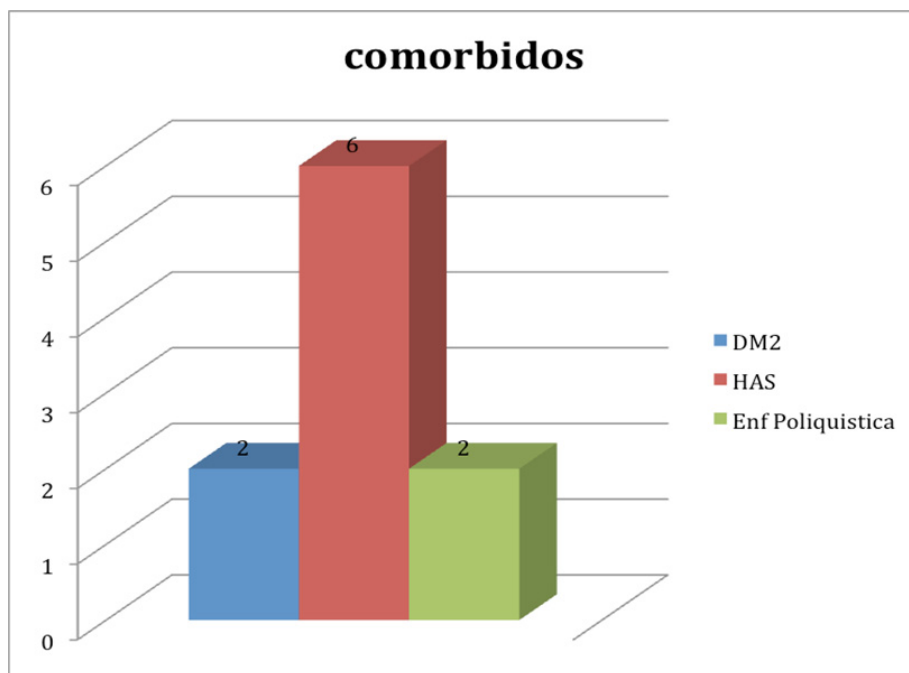


En cuanto a la edad encontramos un rango de edad de 32 a 74 años, con una mediana de 57 años y media de 51.5 años.



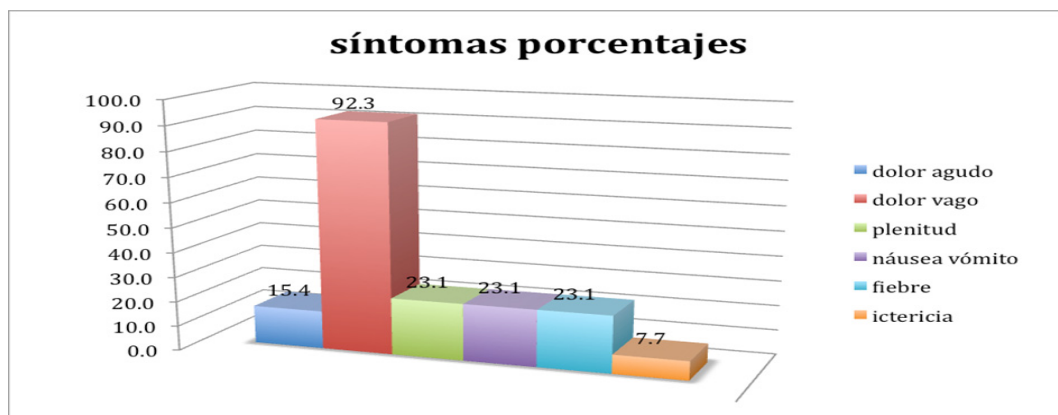
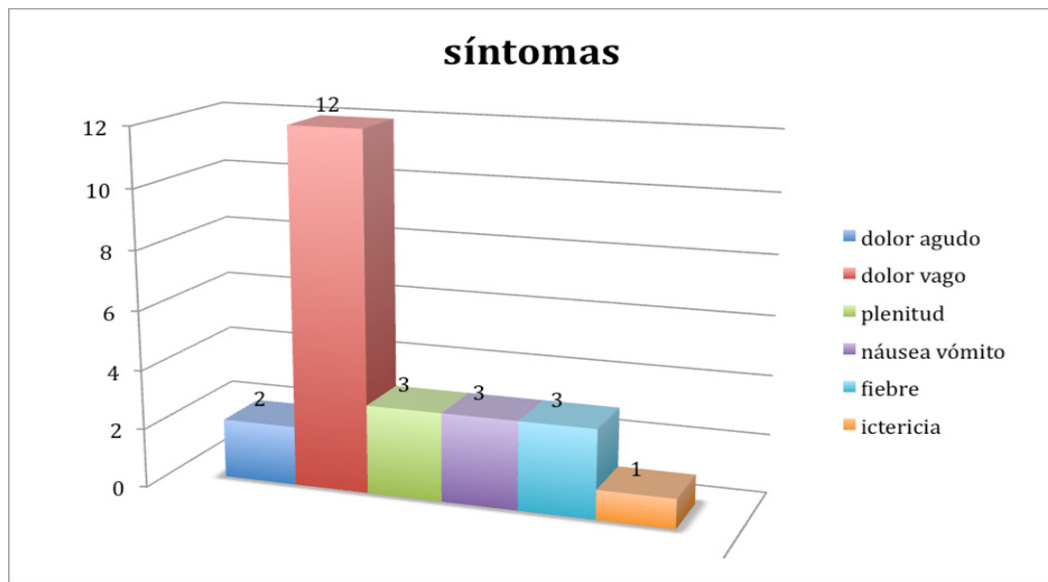
En cuanto a las comorbilidades se investigó sobre Diabetes Mellitus 2, Hipertensión Arterial, Hepatopatías y Enfermedad Poliquística del adulto.

Se encontró DM2 en 2 pacientes que representa el 15.4%, Hipertensión en 6 pacientes que representa el 46.2%, ninguno tenía antecedente de hepatopatía y en dos casos se encontró Enfermedad Poliquística del adulto.



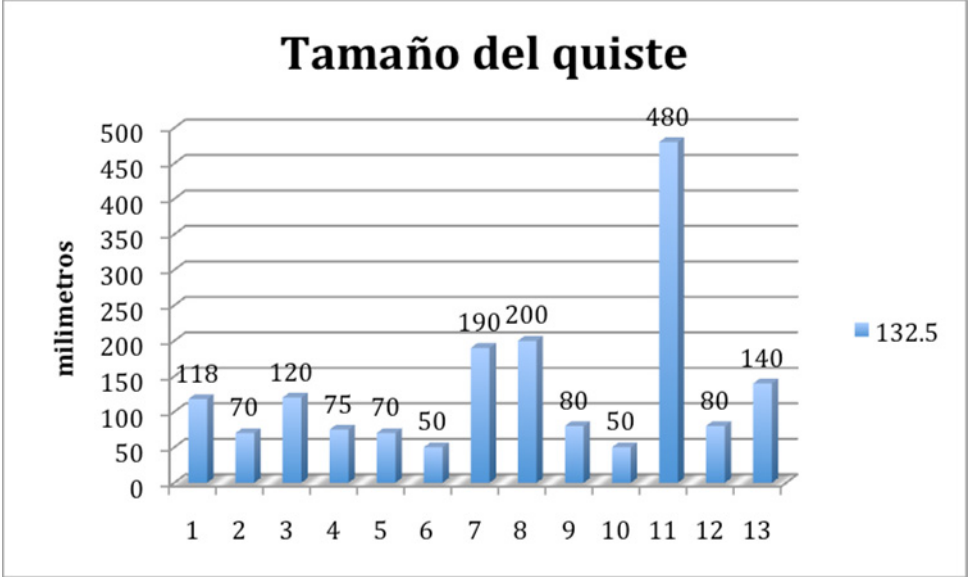
En cuanto a los síntomas y signos asociados se catalogaron de la siguiente forma, dolor agudo, dolor vago, plenitud, náusea y vomito, fiebre e ictericia.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes, dos pacientes presentaron dolor agudo (15.4%), 12 dolor vago (92.3%), plenitud en 3 casos (23.1%), náusea y vómito 3 pacientes (23.1%), e ictericia 1 paciente(7.7%).

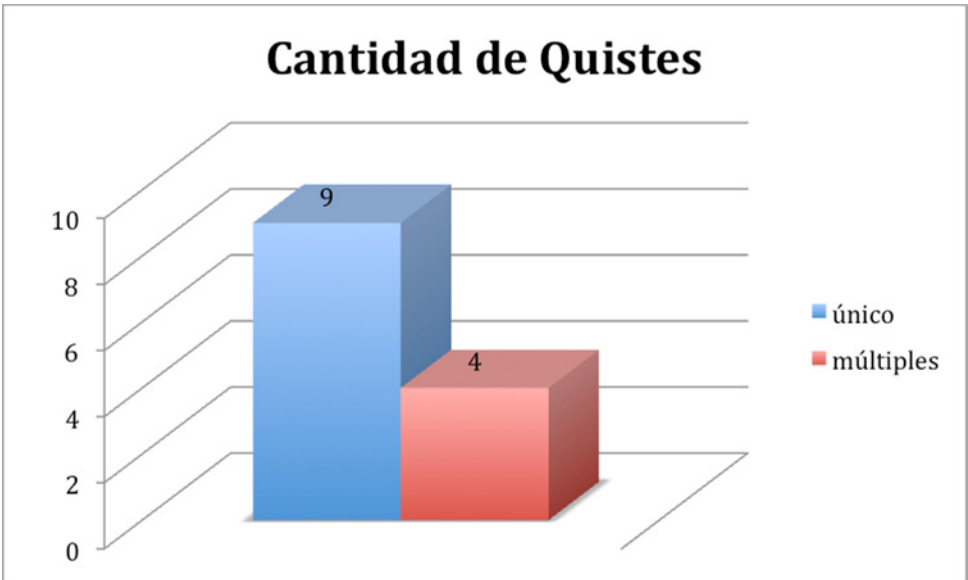


En cuanto al quiste se documentó, el tamaño expresado en milímetros en su diámetro mayor, si era único o múltiple, número y que segmentos hepáticos fueron afectados, morfología del quiste, complicación al momento del diagnóstico, y si tenía o no comunicación con la vía biliar.

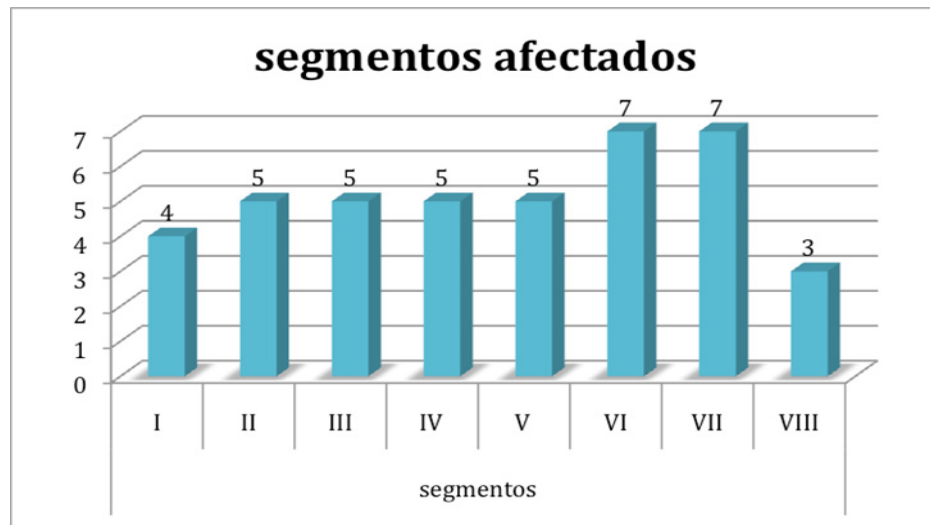
Se encontró un rango de diámetro en el quiste mayor entre 50 y 480 mm, con una media de 132.5 mm y una mediana de 80 mm, en los quistes menores en caso de que estos fueran múltiples solo se encontró registro en el expediente de rangos entre 20 y 42 mm.



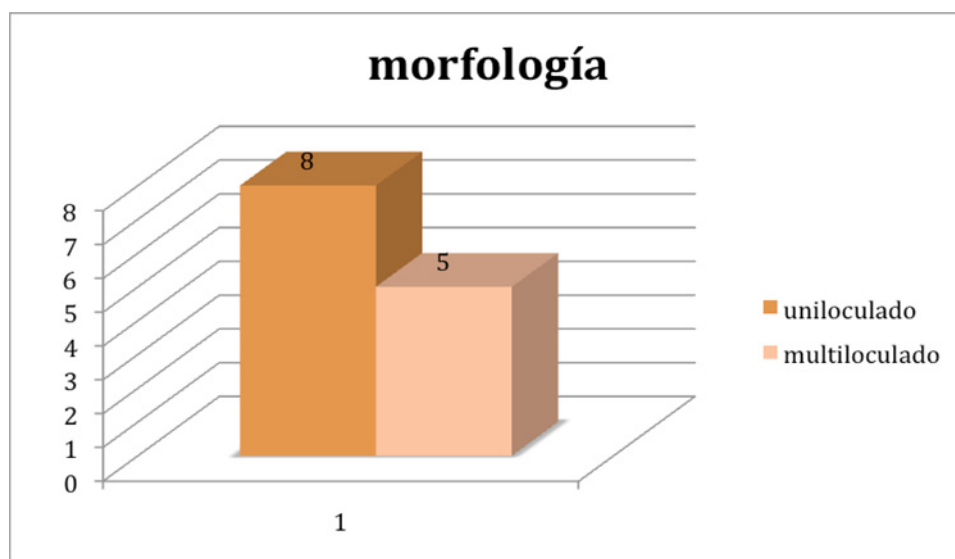
La cantidad de quistes por paciente solo se documentó como único o múltiple de los cuales 9 casos fueron únicos representando el 69.2% y múltiples 4 con el 30.8%.



En cuanto a los segmentos hepáticos afectados se documentó el número de segmentos afectados y la localización del mismo, de modo que se encontraban afectados en un rango de 1 a 8 segmentos con moda de 2 segmentos, y los segmentos más comúnmente afectados fueron el VI (7 casos) y VII, seguidos de II III IV V (5 casos), segmento I (4 casos) y finalmente el VIII (3 casos)



La morfología del quiste fue catalogada como uniloculado o multiloculado, encontrando así que 8 casos eran uniloculados (61.5%) y 5 multiloculados (38.5%).

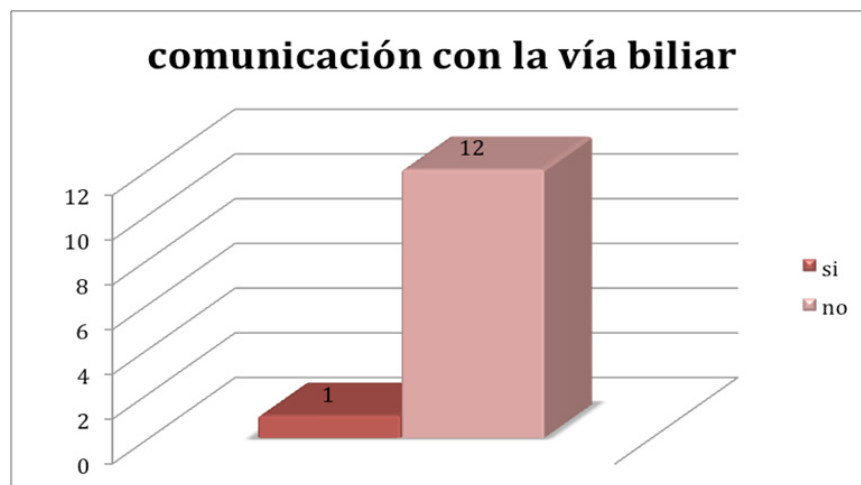


Las complicaciones del quiste se catalogaron en infección, hemorragia, ruptura, y se registraron aquellos sin complicación documentada.

Se encontró así que el 76.9 % de los casos no presentaron complicación alguna al momento del diagnóstico (10 casos), 15.4% presentaron infección (2 casos), y 7.7 % hemorragia (1 caso).

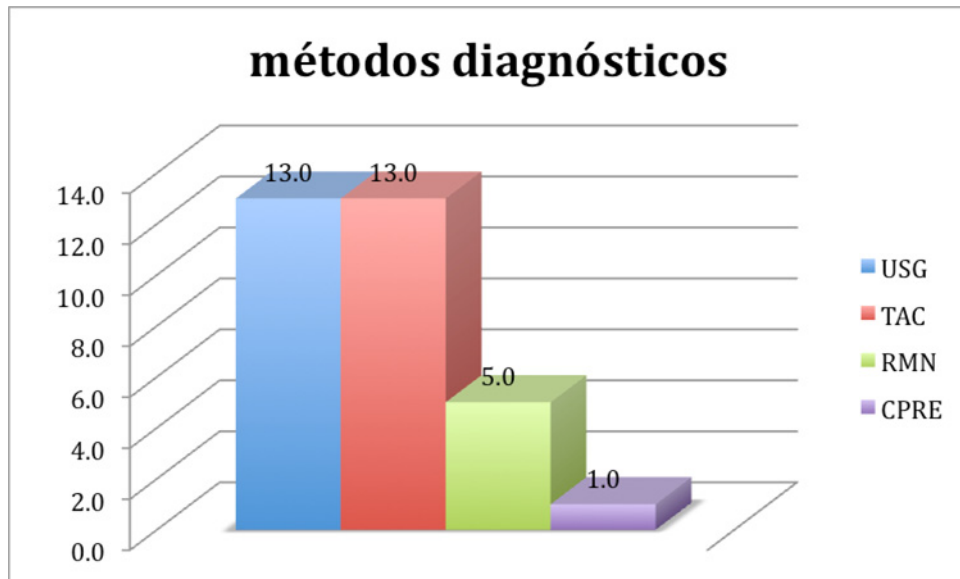


La comunicación del quiste con la Vía Biliar solo se documentó en un caso representando el 7.7% el resto de los pacientes no se logro demostrar dicha comunicación.

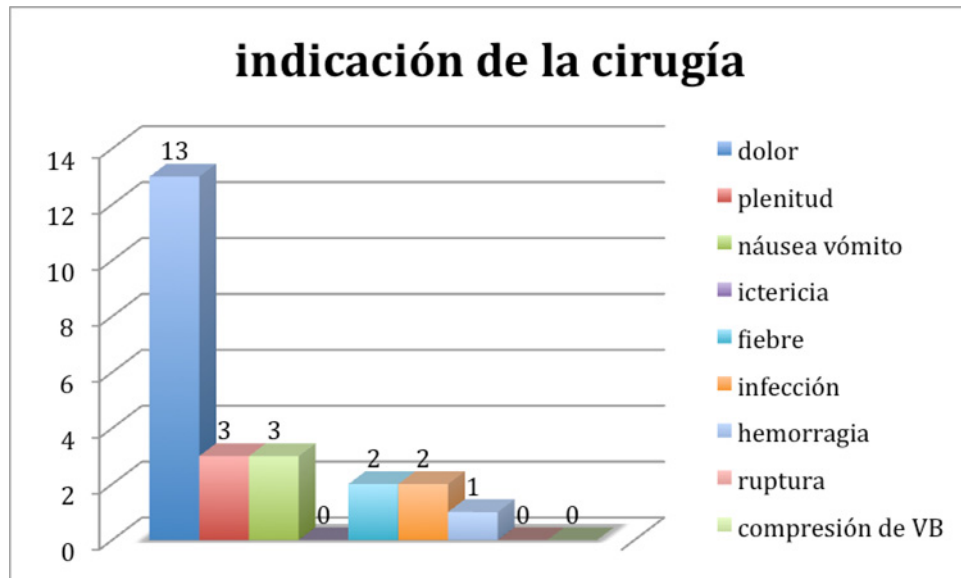


En cuanto a los estudios diagnósticos de imagen se documentaron aquellos que contaban con Ultrasonido abdominal (USG), Tomografía Axial Computalizada (TAC), Resonancia Magnética Nuclear (RMN) y Colangio Pancreatografía Retrograda Endoscópica (CPRE). En cuanto a los exámenes de laboratorio no se encontró relevancia alguna en cuanto a los parámetros analizados solo en un caso se documentó serología positiva para echinococcus.

Así el 100% de los pacientes contaba con USG y TAC, el 38.5 % con RMN (5 casos) y el 7.7% CPRE (1 caso).

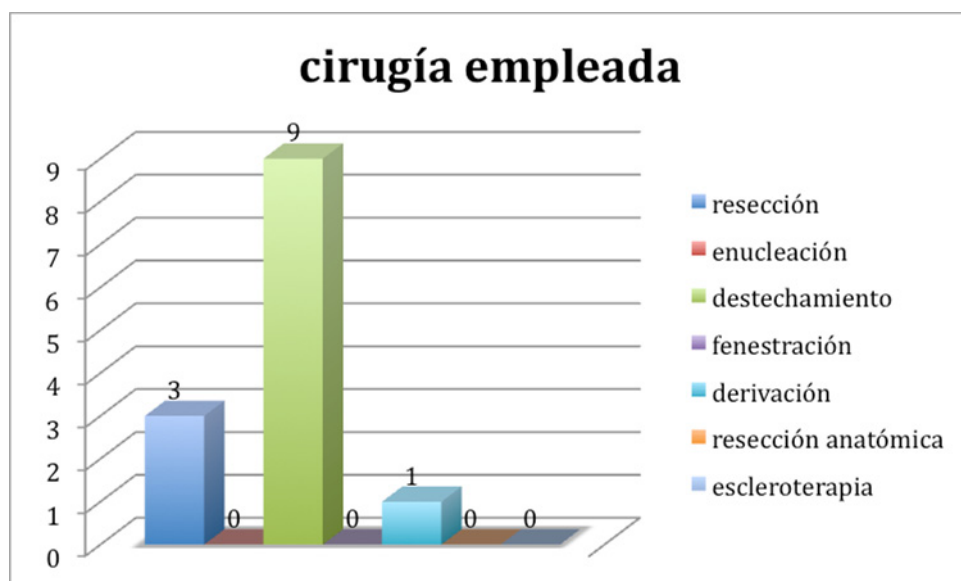


La indicación de la cirugía fue catalogada en aquellas que tuvieron indicación quirúrgica por la sintomatología asociada y aquellas con complicaciones meritorias de intervención, así la sintomatología asociada como indicación quirúrgica mas común fue el dolor con el 100% de los pacientes, plenitud en 3 casos (23.1%), náusea y vómito en 3 casos (23.1%), fiebre en 2 casos (15.4%), infección en 2 casos, y hemorragia en 1 caso.

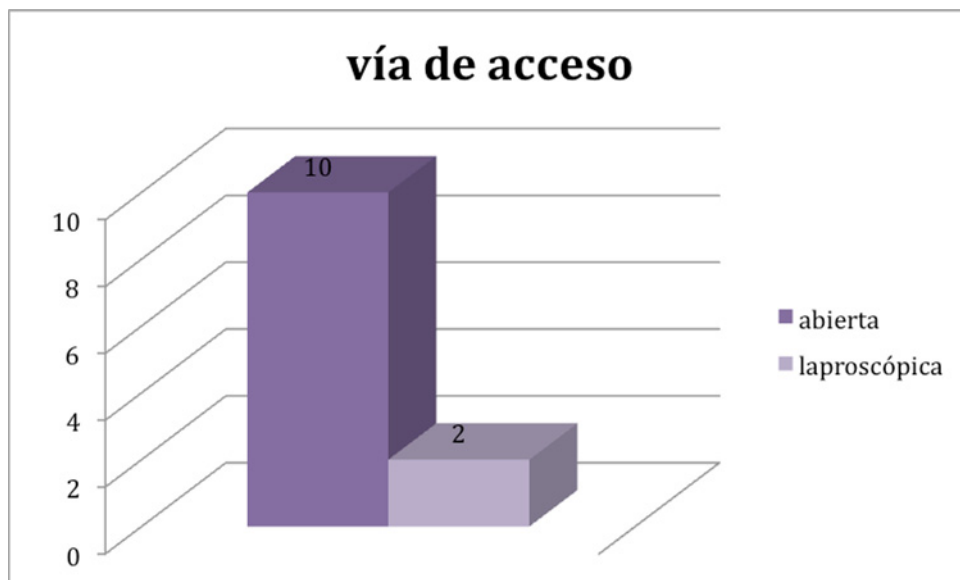


El diagnóstico preoperatorio en la totalidad de los pacientes fue el de quiste(s) Hepático(s), en cuanto al procedimiento quirúrgico empleado se consideraron la resección, enucleación, destechamiento, fenestración, derivación, resección anatómica y escleroterapia,

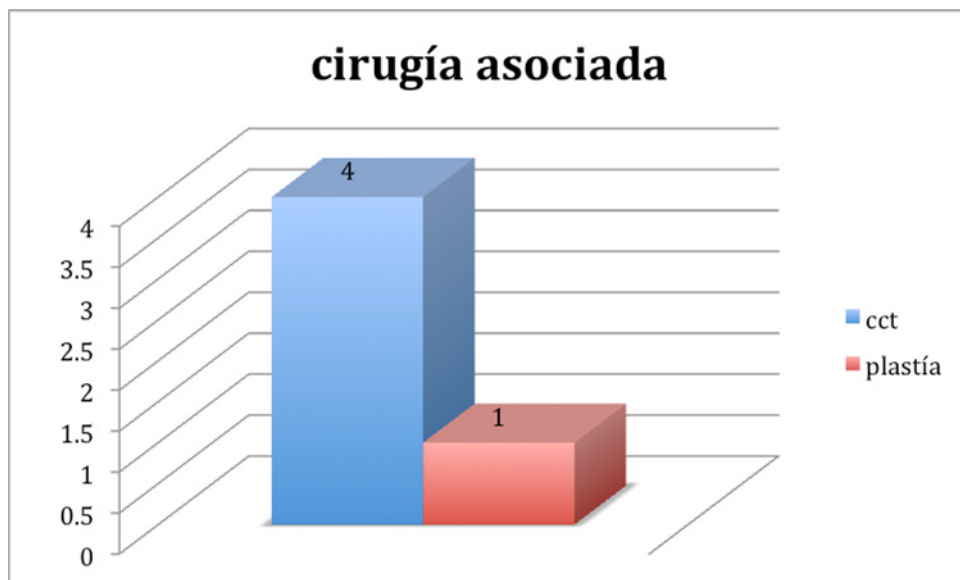
Se realizó resección en 3 casos (23.1%), destechamiento en 9 casos (69.2%) y derivación en Y de Roux con cisto yeyuno anastomosis en 1 caso (7.7%).



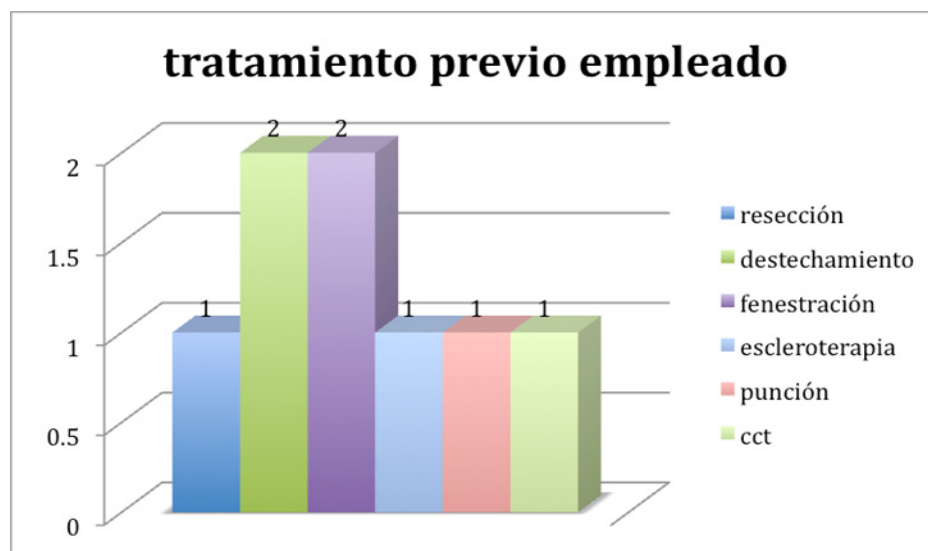
La vía de acceso se contabilizaron los casos abordados por vía abierta y por vía laparoscópica correspondiendo 10 casos a la primera (76.9%) y 2 casos a la segunda (15.4%).



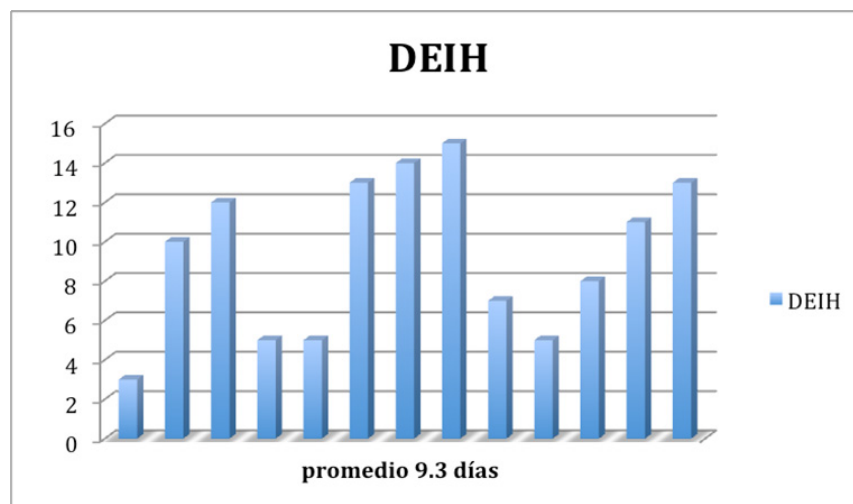
Se documentó también las cirugías asociadas al procedimiento correspondiendo a colecistectomía en el 30.8 % de las cirugías con 4 casos y plastia de pared con un caso.



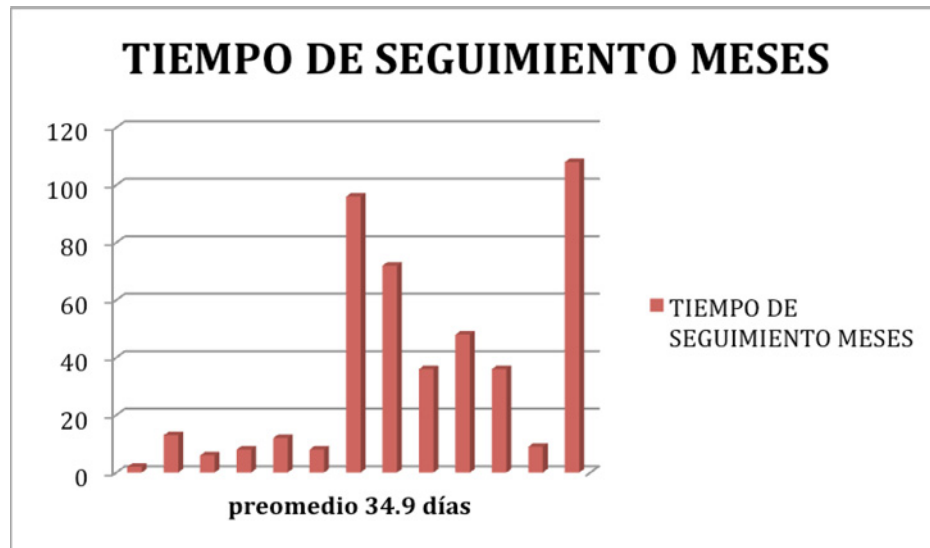
En cuanto al tratamiento previo empleado solo se recabo la información existente en el expediente ya que nuestro hospital es un centro de referencia y en muchos casos los tratamientos iniciales son fuera de la unidad y desconocemos con exactitud los métodos diagnósticos y terapéuticos empleados fuera de la unidad. De cualquier modo se logro el registro de 5 casos en los que ya había sido empleada una o mas terapias distribuidas como sigue resección en 1 caso, destechamiento 2 casos, fenestración en dos casos, escleroterapia en dos casos, punción 1 caso y colecistectomía un caso. Cabe señalar que en unos pacientes se emplearon 4 terapéuticas distintas antes de la cirugía final realizada en el servicio.



Los días de estancia hospitalaria, fueron recabados encontrando una media de 9.3 días, con una mediana de 10 y un rango de 3 a 15 días.

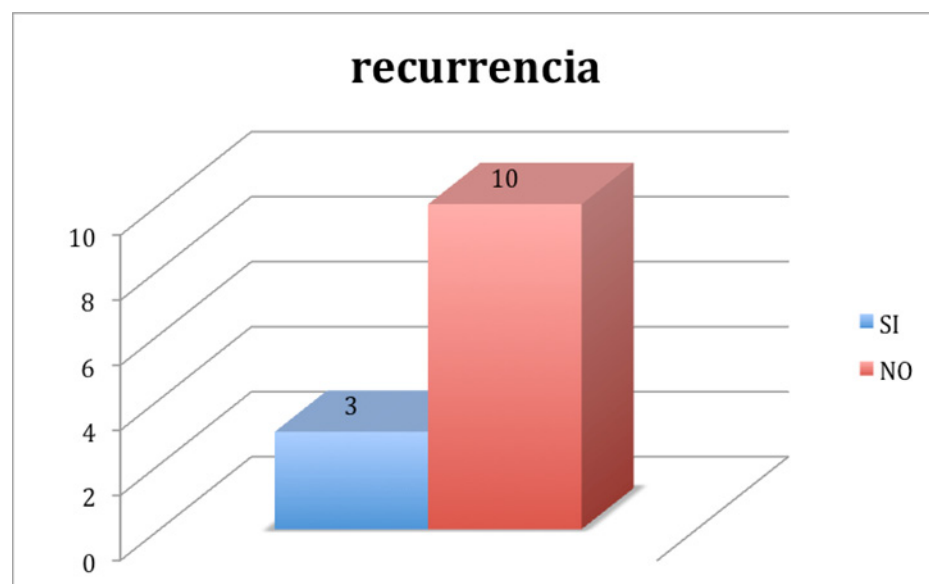


El seguimiento de los pacientes fue registrado en meses, encontrando una media de 34.9 meses con una mediana de 13 un rango de 2 a 108 meses.

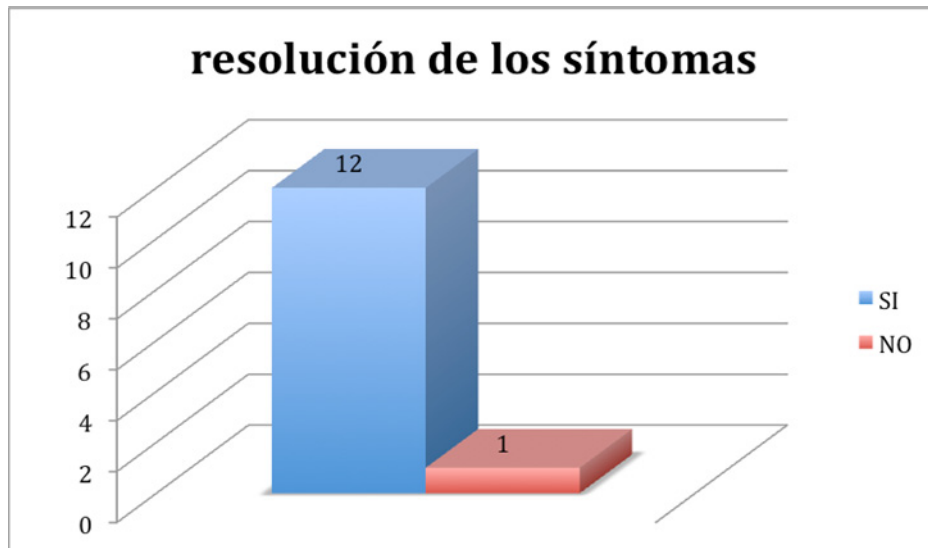


Durante el seguimiento de los pacientes se documentó la recurrencia del quise y la recidiva de los síntomas.

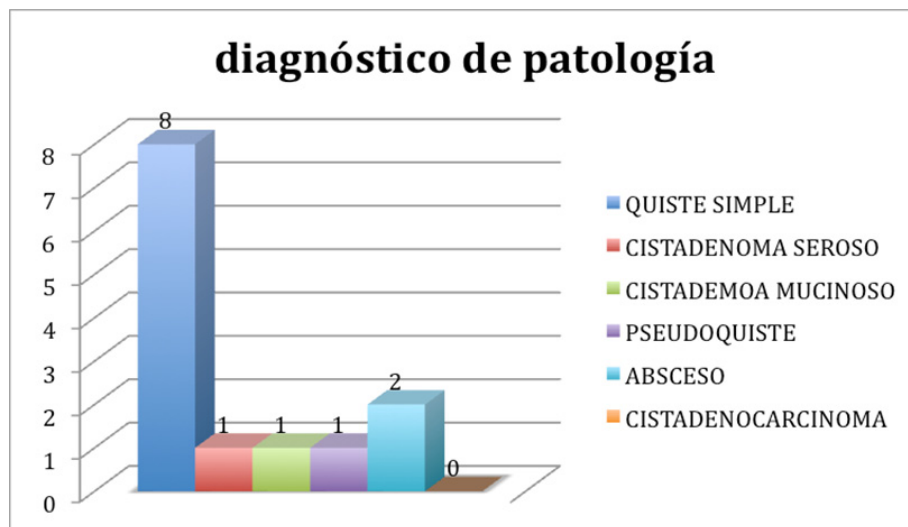
Se encontró recurrencia en 3 casos representando el 23.1%, el resto de los 10 pacientes se mantuvo sin recurrencias en el tiempo de seguimiento.



En cuanto a la resolución de los síntomas se logro la misma en 12 pacientes (92.3%), con recidiva de los mismos en solo un caso (7.7%).



Los resultados de los exámenes histopatológicos, fueron los siguientes: quiste hepático simple fue el diagnóstico más común con 8 casos (61.5%), en dos casos se diagnosticó absceso (15.4%), con un caso cada uno (7.7%) se reportó cistadenoma seroso, cistadenoma mucinoso y pseudoquiste.



DISCUSIÓN

El presente estudio fue realizado para conocer la experiencia de 10 años del servicio en la cirugía de Quiste(s) Hepático(s), como pudimos constatar no es una patología que requiera cirugía comúnmente como ha sido ampliamente expuesto en la literatura mundial, (3) (13) (16) (18) (32) en nuestro hospital contabilizamos 33 cirugías bajo dicho diagnóstico en 10 años, sin embargo no se logro recabar los expedientes de todas ellas debido a la depuración del expediente clínico.

En la relación de sexo encontramos un claro predominio del sexo femenino sobre el masculino 12/1, como también ha sido reportado por algunos autores como Adriano Tocchi (3) y Gloor (13), sin embargo existen otras series que claramente señalan lo contrario como la de Palanivelu (19) en la que encontró claro predominio 22/5 del sexo masculino.

En cuanto a la edad se establece según Adriano Tocchi (3), ser en la quinta década de la vida en cuanto a nuestros resultados difiere un poco siendo lo encontrado por nosotros de una media hacia la sexta década de la vida, tal como fue reportado por Gloor (13) y Marques (18) con un rango muy amplio desde los 32 a los 74 años.

Las comorbilidades de nuestra serie fueron la DM2 con una asociación del 15% y la hipertensión con 46%, y se considero la enfermedad poliquística como una comorbilidad lo que involucro a 2 pacientes, si bien en los estudios reportados por otros autores no hay relación ni estudio sobre las comorbilidades decidimos incluirlas en nuestra serie, por otro lado los casos con enfermedad poliquística han sido objeto de estudios por si solos debido a la complejidad de la enfermedad en cuanto a la terapéutica empleada.(2)

Los síntomas asociados a los quistes hepáticos en nuestra serie claramente el predominio del dolor y de este el dolor vago seguido en igual proporción por plenitud nausea vomito son iguales a los reportados en otras series, debido principalmente

directamente al tamaño del quiste y la relación que guarda con los órganos vecinos.
(3)(16)(19)

En cuanto a las dimensiones del quiste en nuestra serie oscilan entre los 50 y 480 mm, con una media de 132.5mm similar a lo reportado por Adriano Tocchi y Nobumi Tagaya (16) (3), y siendo el 69.2% únicos y múltiples el 30.8%, similar a lo reportado por Marques (18).

En cuanto a la morfología del quiste encontramos que 8 casos era uniloculado y 5 multiloculado, si bien esta última característica ha sido reportada en la literatura como el aumento de sospecha de malignidad no se corroboró en ninguno de nuestros casos.(4)

En nuestra serie se encontró como complicación del quiste infección en dos de los quistes que fueron reportados como abscesos al reporte histopatológico, ambos ya habían sido manipulados con tratamientos previos uno de ellos con punción y otro fue sometido a colecistectomía previa. Y en un caso se reporto sospecha de hemorragia por ultrasonido que no fue confirmada durante la cirugía, sin embargo se contabilizo como tal ya que fue una de las indicaciones para la cirugía en dicho paciente. Aunque se han descrito múltiples estudios sobre punción como tratamiento de los quistes los índices de infección son muy bajos o nulos sin embargo el riesgo no se puede minimizar al manipularlos, por ello se explica estos dos casos de infección de nuestra serie. (10)(12)

En nuestros pacientes solo se corroboró un caso de comunicación con la vía biliar y aunque esta descrito el tratamiento endoscópico en nuestro paciente se sometió a una derivación interna del quiste. (8)

Como ha sido descrito por múltiples autores,(3,4,8,13,18,31) los estudios diagnósticos principales para el estudio de los quistes hepáticos es el USG y la TAC los cuales fueron realizados en el 100% de nuestros pacientes, solo en 5 de ellos se

realizo RMN debido a la dificultad para distinguir las relaciones anatómicas precisas de la lesión y en un caso se sometió a CPRE para corroborar la presencia de la comunicación con la vía biliar.

Como lo reporto Adriano Tocchi (3) en nuestro estudio la indicación para la cirugía fueron los síntomas de los pacientes y la sospecha de complicación. Siendo así en el 100% de los pacientes el dolor una indicación de la cirugía.

En cuanto a las cirugías empleadas el 69% de las mismas fue destechamiento (10 casos) de los cuales solo dos fueron laparoscópicas, el resto de los procedimientos fueron abiertos, ninguno de ellos presento recidiva al momento del seguimiento, contrasta con lo reportado por otros autores quienes han encontrado recidiva en todas las series de destechamiento como único procedimiento. (3, 13,16).

Otras cirugías empleadas fueron resección en 3 casos dos quistes del segmento I sin recidiva al momento del seguimiento y otro caso de un quiste de gran volumen de segmentos IV V VI VII con comunicación a la vía biliar con que requirió una cistoyeyuno anastomosis en Y de Roux con resolución completa del quiste.

Lo cual contrasta con el estudio de Adriano Tocchi (3), en el que no se encontró recidiva alguna en las resecciones y por lo cual sugiere como el mejor para el tratamiento de los quistes hepáticos.

En cuanto a los tratamientos previos empleados en nuestra serie se contabiliza un paciente que fue sometido a punción con escleroterapia, fenestración y destechamiento previos sin éxito, se sometió a un nuevo destechamiento en nuestra unidad con éxito de resolución de quiste y síntomas del paciente. Otros tratamientos empleados fueron resección, destechamiento, y colecistectomía única ante un quiste del segmento V, el cual presento infección por lo cual fue sometido a reintervención en nuestro hospital con drenaje del mismo y destechamiento con buena evolución postoperatoria. A excepción de la colecistectomía y la resección no esta descrito

como procedimientos con altos índices de recidivas como la punción con o sin escleroterapia, fenestración y destechamiento, por múltiples series. (3,10,12,15,13,16,17,18,20,31)

Como ha sido reportada la cirugía asociada más común a la cirugía de los quistes hepáticos es a colecistectomía la cual se asocio en 4 de nuestros pacientes similar a lo reportado por Nobumi Tagaya (16).

Los días de estancia intrahospitalaria fue de 9.3 en promedio similar a lo reportado en otras series. (3). Únicamente se tuvo una complicación que fue infección de la herida quirúrgica.

La media de seguimiento es de 34.9 meses con rango de 108 a 2 meses. La recurrencia de los quistes se documentó en 3 casos dos de ellos con enfermedad poliquística los cuales permanecían asintomáticos pese a la recidiva y no requirieron manejo alguno al momento del seguimiento, y uno más con antecedente de resección que requirió reintervención debido a persistir con síntomas y se sometió a una derivación interna., con resolución posterior de los síntomas. Datos similares a los reportados por otros autores. (16,18).

En cuanto a los diagnósticos de patología el 61.5 % (8 casos) se reportaron como quiste simple, 2 como abscesos, y con uno cada uno cistadenoma seroso, mucinoso y pseudoquiste. Similar a las proporciones reportadas en la literatura mundial. (3,31).

CONCLUSIONES

Al igual que lo reportado en la literatura mundial, los quistes hepáticos sintomáticos o complicados que requieren manejo quirúrgico en nuestro servicio constituyen una patología rara, la cual en nuestra serie se trata con mayor frecuencia mediante destechamiento abierto, con nula recidiva en los expedientes revisados.

La nula mortalidad y baja morbilidad de este procedimiento y la pronta incorporación de los pacientes a sus actividades cotidianas hacen que en nuestro servicio sea el de elección para tratar a los pacientes. Dejando para casos seleccionados la resección y algunos otros procedimientos mayores.

En cuanto a los reportes histopatológicos el quiste simple, constituye la patología más común de nuestros pacientes, similar también a lo reportado a nivel mundial.

Si bien nuestra serie es pequeña como para dar peso y relevancia estadística, constituye una excelente plataforma para un estudio prospectivo de nuestros pacientes, ya que las series con mayor número de casos reportadas se acercan al total de los casos operados en el servicio, lamentablemente el diseño retrospectivo de este estudio deja de lado los expedientes depurados por inactividad perdiendo así el 60% de los casos.

ANEXO 1

Hoja de recolección de datos tesis Quistes Hepáticos Experiencia de 10 Años en el servicio de Gastrocirugía del Centro Médico Nacional SXXI

Adolfo Cuendis Velázquez R4GC

Asesor: José Luis Martínez Ordaz

NOMBRE		
NSS		
EDAD		
SEXO	MASCULINO	FEMENINO

COMORBILIDADES	SI	NO
DIABETES		
HIEPERTENSION		
HEPATOPATIA		
OTROS		

SINTOMATOLOGIA	SI	NO
DOLOR AGUDO		
DOLOR VAGO		
PLENITUD ABDOMINAL		
NAUSEA VOMITO		
FIEBRE		
ICTERICA		
OTROS		

QUISTE TAMANO			MORFOLOGIA		
UNICO	MULTIPLE		UNILOCULADO	MULTILOCULADO	
LOCALIZACION SEGMENTO			COMPLICACION		
NUMERO DE SEGMENTOS AFECTAD					
COMUNICACION CON LA VIA BILIAR	SI	NO	NO	INFECCION	HEMORRAGIA

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS					
USG					
TAC					
RMN					
OTROS					
Hb		TGO		OTROS	
Hto		TGP			
Leucocitos		DHL			
Plaquetas		FA			
Glucosa		BT			
Urea		BD			
Creatinina		BI			
Na		ALB			
K		TP			
Cl		TPT			

INDICACION DE LA QX	SINTOMATOLOGIA	COMPLICACION
DOLOR		INFECCION
PLENITUD		HEMORRAGIA
NAUSEA VOMITO		RUPTURA
ICTERICA		COMPRESION DE VB
FIEBRE		

DX PRE QX					TIPO DE QX		
DEIH					RESECC	ENULCEA	DESTECH
TIEMPO DE SEGUIMIENTO					RESECC ANAT	FENEST	ESCLEROT
COMPLICACION					DERIVACION		
EVOLUCION	RECURENCIA	SI	NO	RESOLUCION DE SINTOMAS	SI	NO	
DX PATOLOGIA							

BIBLIOGRAFÍA

1. Garg, Sandeep. Benign Hepatic Cyst. *New Engl J Med.* 2004;351(23)2428
2. Hays L. Arnold et al. New Advances in evaluation and management of patients with polycystic liver disease. *Am J Gastroenterol.* 2005;100:2569-2582
3. Adriano Tocchi, Gianluca Mazzone et al. Symptomatic nonparasitic Hepatic Cysts. *Arch Surg.* 2002;137:154-158.
4. Michael P, et al. Imaging of benign hepatic masses. *Seminars in liver disease.* 2001;21:237-249
5. Eloubeidi, Mahamad; Rockey Don. Infected Hepatic Cyst masquerading as abdominal aortic aneurysm. *Digestive diseases and sciences.* 2000;45:1977-1980.
6. Michael Haap, Achim Seeger Christian Haas. Giant solitary hepatic cyst. *Liver images.* 2008;1478
7. Park Sung-Soo, et al. gastric fundus impression caused by hepatic cyst mimicking gastric submucosal tumor. *Gastroenterology and hepatology.* 2005:20
8. Fatih Hilmioglu, et al. complete treatment of ruptured hepatic cyst into biliary tree by ERCP. *Digestive diseases and sciences.* 2001;46:463-467
9. Fei-Shih Yang, et al. use of cyanoacrylate glue for sclerosis of a recurrent symptomatic hepatic cyst. *Letters to the editor society of international radiology.* 2006;17:401-402
10. Tikkaoski Tapani et al. treatment of symptomatic congenital hepatic cysts with single-session percutaneous drainage and ethanol sclerosis: technique and outcome. *JVIR.* 1996;7:235-239
11. Uday Kammula Joseph Buell et al. surgical management of benign tumors of the liver. *International journal of gastrointestinal cancer.* 2001;30:141-146

12. Larssen et al. single session alcohol sclerotherapy in benign symptomatic hepatic cysts. *Acta radiologica*. 1997;38:993-997
13. B Gloor D Candinas. Role of laparoscopy in hepatic cyst surgery. *Digestive Surgery*. 2002;19:494-499
14. Hyunchul Rhim. Radiofrequency thermal ablation of hepatic cyst. *Letters to the editor*. *JVIR*. 2004;96
15. Hiroshi Yoshida, et al. long term results of multiples minocycline hydrochloride injections for treatment of symptomatic solitary hepatic cyst. *Journal of gastroenterology and hepatology*. 2003;18:595-598
16. Nobumi Tagaya et al. long term results of laparoscopic unroofing of symptomatic solitary nonparasitic hepatic cysts. *Surgical laparoscopy endoscopy and percutaneous techniques*. 2003;13:76-79
17. Martin I, Garden O. laparoscopic radical deroofing of hepatic cysts using ultrasonic scalpel. *Australian and new Zealand journal of surgery*. 1999;69:743-744
18. Elesiario Marques Caetano Junior, Marcelo Moura Linhares, et al. Laparoscopic management of hepatic cysts. *Surg laparosc endosc percutan tech*. 2006;16:68-72
19. C. Palanivelu, Kalpesh Jani Vijaykumar Malladi. Laparoscopic management of benign nonparasitic hepatic cysts: a prospective nonrandomized study. *Southern medical journal*. 2006;99:1063-67
20. Kristin L Mekeel, et al. laparoscopic fenestration of giant hepatic cysts. *Surg laparosc endosc percutan tech*. 2008;18:511-13
21. Pietro Fiamingo, et al. incidental cistadenoma after laparoscopic treatment of hepatic cysts: which strategy?. *Surg laparosc endosc percutan tech*. 2004;14:282-84

22. G. Poggi, C Gatti, et al. spontaneous rupture of non parasitic hepatic cyst. *Int j clin pract.* 2006;60:99-103
23. Anne Wernet, et al. ethanol induced coma after therapeutic ethanol injection of a hepatic cyst. *Anaesthesiology.* 2008;108:328-329
24. Francesco Antonini-Canterin, Marzia De Biasio, et al. Re expansion ulilateral pulmonry oedema alter surgical drainage of a giant hepatic cyst: case report. *J cardiovasc Med.* 2007;8:188-191
25. Miller Andrew, Balonov Konstantin, et al. Purulent pericardial tamponade as a complication of a ruptured hepatic cyst. *Chest.* 2006;24:316-317
26. Paul Klingler, Ernst Bodner. Late complication after laparoscopic fenestration of a liver cyst. *Surgical laparoscopy and endoscopy.* 1998;8:76-77
27. Sophie Buyse, Tarik Asselah, et al. acute pulmonary embolism: a rare complication of a large non parasitic hepatic cyst. *European journal of gastroenterology and hepatology.* 2004;16:1241-1244
28. Horsmans Yves, Laka Andoni. Serum and cystic fluid Ca19-9 determinarions as a diagnostic help in liver cysts of uncertain nature. *Liver.* 1996;16:255-257
29. Bülent Ödemis, Aydin Köksal, et al. Squamous cell cancer of the liver arisnf from a epidermoid cyst: case report and review of the literature. *Digestive diseases and sciences.* 2006;51:1278-1284
30. Lemaire LC. Et al. case report: carcinoid tumour presenting as a giant hepatic cyst. *British J surg.* 1995;82:133
31. Matsumoto S, Miyake H MoriH. Case report: biliary cistadenoma with mucin secretion mimicking a simple hepatic cyst. *Clinical radiology.* 1997;52:316-318
32. Keith A. Kelly. *Mayo Clinic Gastrointestinal Surgery.* 2004. 191-207