



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI.

TITULO

**QUISTE HEPÁTICO. EXPERIENCIA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE 5 AÑOS
EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO
XXI “DR. BERNARDO SEPÚLVEDA”**

REGISTRO

TESIS QUE PRESENTA
DRA. IRIS ABAD FLORES
PARA OBTENER EL DIPLOMA
EN LA ESPECIALIDAD EN
CIRUGIA GENERAL

ASESOR: DR. TEODORO ROMERO HERNANDEZ



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.



DOCTORA
DIANA G. MÉNEZ DÍAZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTOR
ROBERTO BLANCO BENAVIDES
JEFE DEL SERVICIO GASTROCIRUGÍA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGÍA GENERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTOR
TEODORO ROMERO HERNANDEZ
CIRUJANO GENERAL
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



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 y Ética en Investigación en Salud 3601
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIÉRREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI,
D.F. SUR

FECHA 02/08/2012

DR. TEODORO ROMERO HERNÁNDEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Quiste Hepático. Experiencia Del Tratamiento Quirúrgico De 5 Años En El Hospital De Especialidades De Centro Medico Nacional Siglo XXI "Dr. Bernardo Sepúlveda"

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-3601-141

ATENTAMENTE

DR. CARLOS FREDY CUEVAS GARCÍA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3601

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

El primer lugar dedico este, como uno más de mis logros, a las personas más importantes. **Mis Padres.** Quienes en todo momento han estado a mi lado, brindándome su apoyo incondicional. Ejemplo de trabajo y perseverancia. Han sido piedra angular para que el día de hoy yo sea una profesionalista y concluya un post grado.

A mis hermanos. Quienes tuvieron la paciencia suficiente para lidiar con un estudiante de medicina, siempre ocupado y ausente. Gracias por su apoyo y comprensión.

A mis maestros. Quienes incansablemente pusieron su mejor esfuerzo por transmíteme parte de su conocimiento y experiencia.

Al **Dr. Teodoro Romero H.** Porque amablemente me guío para la realización de este trabajo.

Al **Dr. Roberto Blanco B.** Jefe de Servicio de Gastrocirugía. Quien con su experiencia y calidad humana nos ha enseñado a hacer todo lo posible para restablecer la salud de nuestros pacientes.

A **mis compañeros** de carrera y amigos, sin los cuales en muchos momentos hubiera resultado imposible continuar adelante.

A **mis pacientes** por su valiosa contribución en mi formación como médico.

INDICE

	Pág.
Resumen	7
Introducción	9
Objetivos	10
Material y métodos	11
Marco teórico	15
Justificación	23
Resultados	24
Discusión	29
Conclusiones	32
Anexos	33
Bibliografía	36

1. Datos del Alumno

Abad

Flores

Iris

15 09 09 19 ó 55 35 66 03 58

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Cirugía General

Matrícula 402067562

2. Datos del Asesor:

Romero

Hernández

Teodoro

3. Datos de la Tesis

QUISTE HEPÁTICO. EXPERIENCIA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE 5
AÑOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE CENTRO MEDICO
NACIONAL SIGLO XXI "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA"

No de Registro R – 2012 – 3601 - 141

Paginas 29

Agosto de 2012

RESUMEN

Las lesiones quísticas del hígado. Corresponden a un grupo de enfermedades del hígado, que cursan en la mayoría de los casos de forma asintomática y se diagnostican de manera incidental. Los quistes pueden clasificarse en congénitos y adquiridos, neoplásicos, traumáticos y parasitarios. Los quistes congénitos incluyen a los quistes hepáticos simples, lesiones habituales benignas más frecuentes.

El quiste hepático representa un padecimiento que generalmente cursa asintomático. Y que sin embargo dependiendo del tipo histológico, puede incluso tratarse de casos compatibles con proceso neoplásicos. El objetivo de este trabajo es analizar el total de casos sometidos a cirugía con diagnóstico pre quirúrgico de quiste hepático. Y cuantos de esos casos se tratan de quistes simples los cuales acorde a la literatura mundial son más frecuentes, así como identificar la incidencia de lesiones neoplásicas. En la población de un centro de concentración de tercer nivel de atención.

Se analizaron el total de procedimientos quirúrgicos realizados por diagnóstico de quiste hepático. Las características demográficas de los pacientes. El diagnóstico y evolución acorde a expediente clínico. Así como el reporte histopatológico. La incidencia de lesiones neoplásicas y el tipo de tratamiento quirúrgico utilizado.

Resultados se encontraron un total de 21 casos en los archivos de histopatología de pacientes con Quiste Hepático. De los cuales únicamente 14 contaban con expediente en el archivo de la Unidad. Todos eran del sexo femenino. El 64.28% corresponden a

Quistes Simples, 21.42% a Cistadenoma, 7.14% a Quiste parasitario y 7.14% a enfermedad poliquística. La edad de los pacientes oscilo entre 31 y 71 años.

El principal estudio diagnostico fue la Tomografía Axial Computada. Y la localización de las lesiones fue predominante en el lóbulo hepático derecho. En cuanto al tratamiento quirúrgico se utilizo el abordaje laparoscópico en el 57.14% de los casos. Y el abordaje abierto en 42.85%. El índice de recidiva y complicaciones fue mínimo.

En conclusión los datos arrojados de este análisis corroboran lo establecido en la literatura mundial. La principal afección quística del hígado es por quistes simples y estos predominan en pacientes del sexo femenino.

INTRODUCCION

Un cirujano debe encontrarse preparado en todo momento para enfrentar situaciones que ameriten resolución expedita. Los quistes de hígado pueden aparecer de manera incidental durante una laparotomía. O bien con el advenimiento de las nuevas técnicas de imagen, documentarse por este medio cada vez con mayor frecuencia. En esta situación en muchos de los casos su relación con los síntomas es difícil de establecer [1, 2]

El quiste hepático, encontrado con mayor frecuencia en países occidentales, es el quiste simple [4]. La poliquistosis es una variedad rara. Las neoplasias pueden tener un origen quístico primario, como es el caso del cistadenoma y el cistoadenocarcinoma [15]. En algunas regiones del mundo la hidatidosis hepática continúa siendo una enfermedad común y que amerita tratamiento quirúrgico para su resolución.

El quiste hepático representa un padecimiento que generalmente cursa asintomático. Los quistes congénitos generalmente son únicos, su tamaño es variable, suelen presentarse de forma esporádica. La poliquistosis tiene un componente genético y se asocia a síntomas extra hepáticos.

Los quistes simples de hígado en general representan entidades raras y dependiendo de su tamaño pueden cursar asintomáticos u ocasionar problemas por efecto de masa. [3, 16]. La mayoría son uniloculares y predominan en el sexo femenino con una relación hasta de 5:1 dependiendo de la bibliografía consultada. El diagnóstico diferencial debe hacerse con hamartomas mesenquimatosos, enfermedad poliquística, dilataciones de la fibrosis hepática congénita, Síndrome de Caroli, neoplasias quísticas (cistadenoma), quiste del colédoco, quiste ovárico gigante y abscesos.

OBJETIVOS

Este trabajo tiene como objetivo conocer la incidencia de quistes simples hepáticos en una población de tercer nivel. Servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional Siglo XXI. Así como las características demográficas de los pacientes analizados. Y el tipo de tratamiento quirúrgico utilizado.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Analizar el total de procedimientos quirúrgicos realizados por diagnostico de quiste hepático.

Las características demográficas de los pacientes.

El diagnóstico y evolución acorde a expediente clínico.

Así como el reporte histopatológico.

La incidencia de lesiones neoplásicas.

El tipo de tratamiento quirúrgico utilizado.

HIPÓTESIS

Las principales lesiones quísticas del hígado, sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital de Especialidades Siglo XXI. Corresponden a quistes simples.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Estudio observacional, transversal y retrospectivo.

UBICACIÓN EN EL ESPACIO TEMPORAL

Se analizaran el total de pacientes con diagnóstico de quiste hepático sometidos a cirugía de enero de 2007 a abril 2012.

POBLACION

Pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico de enero de 2008 a abril 2012. Afiliados a IMSS y que fueron intervenidos en el Hospital de Especialidades de Centro Medico Nacional Siglo XXI. Tratados por el servicio de Gastrocirugía.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Ser pacientes del Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional Siglo XXI.

Ser sometidos a tratamiento quirúrgico entre enero de 2007 y abril de 2012.

Contar con reporte histopatológico de la pieza quirúrgica.

Contar con expediente clínico en archivo del hospital.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

No contar con expediente clínico. Y no contar con reporte de histopatología en el archivo de la unidad.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

No contar con expediente clínico en el archivo del Hospital

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se localizaron en los archivos del departamento de patología un total de 21 reportes de piezas quirúrgicas con diagnóstico de quiste hepático. Con estos datos nos referimos al archivo clínico del hospital para solicitar los expedientes de los pacientes y obtener la información de las variables estudiadas (mismas que se enumeran más adelante). En el Archivo clínico de la unidad no se localizaron 7 expedientes de los pacientes inicialmente considerados

VARIABLES ANALIZADAS Y DEFINICION OPERACIONAL

Edad: tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo, medido en años, tomado al momento de la cirugía.

Sexo: Se clasificara como femenino o masculino.

Síntoma predominante: Este será considerado acorde a la hoja de recolección de datos como sigue:

Dolor: sensación desagradable causada por una estimulación de carácter nocivo de las terminaciones nerviosas sensoriales. Este por la patología estudiada debe referirse localizado al área anatómica afectada. Es decir abdomen en cuadrante superior derecho. Para ser considerado síntoma de enfermedad quística del hígado. Este apartado considera también el tiempo de evolución que puede ser expresado en meses o años.

Tumor: masa palpable por debajo del reborde costal derecho. Asociado en este caso a hepatomegalia.

Síntomas gastrointestinales: como náusea; sensación previa al vómito. Vómito; material procedente del estómago que se expulsa al exterior a través del esófago.

Saciedad temprana; [percepción](#) que tiene el cuerpo humano de no tener necesidad inmediata de ingesta de [alimentos](#) prácticamente al inicio de los primeros bocados.

Ictericia: se define como la coloración [amarillenta](#) de la [piel](#) y [mucosas](#) debida a un aumento de la [bilirrubina](#) (valores normales de 0,3 a 1 [mg/dl](#)) que se acumula en los [tejidos](#), sobre todo aquellos con mayor número de fibras elásticas ([paladar](#), [conjuntiva](#)). Se hace clínicamente evidente cuando la bilirrubina es mayor de 2 mg/dl

Diagnostico pre quirúrgico: el diagnóstico con el cual los pacientes fueron sometidos a programación quirúrgica.

Tipo de tratamiento:

Cirugía a cielo abierto: se refiere al acto quirúrgico que se realiza a través de una incisión tradicional es decir puede ser una incisión de laparotomía en la línea media generalmente supra umbilical o bien una subcostal derecha o bilateral.

Tratamiento laparoscópico: o cirugía de mínima invasión, es una técnica que permite la visión de la cavidad pélvica-abdominal con la ayuda de una lente óptica

Diagnostico histopatológico: este esta determinado acorde al sistema de clasificación utilizado y que se explica ampliamente en el apartado de marco teórico más adelante.

Complicaciones: entendidas como efectos adversos a la salud o integridad de los órganos de los pacientes resultados del tratamiento quirúrgico utilizado.

Recidiva: comprobación por imagen de nueva formación de lesión quística hepática. Independientemente de si recibió o no tratamiento quirúrgico después del hallazgo.

RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

Se verifico la base de datos del Departamento de patología del Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional Siglo XXI, en el periodo de tiempo comprendido entre Enero de 20078 a Abril de 2012. Acorde a las fechas establecidas en el cronograma que incluyo en el protocolo de estudio.

Se solicitaron los expedientes clínicos, al archivo del Hospital, de los pacientes localizados en la base de datos del departamento de patología. Para extraer los datos que se encuentran enumerados en la hoja de recolección que se encuentra en el apartado de anexos (Anexo 1).

ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizó estadística descriptiva, considerando intervalos y promedios, cuando lo permitió el tipo de variable.

ASPECTOS ETICOS

El estudio se apeg a los lineamientos éticos establecidos por el comité de ética de la Unidad. Además de contar en el expediente con los consentimientos informados para hospitalización e intervención quirúrgica.

MARCO TEORICO

Las lesiones quísticas del hígado. Corresponden a un grupo de enfermedades del hígado, que cursan en la mayoría de los casos de forma asintomática y se diagnostican de manera incidental. Los quistes pueden clasificarse en congénitos y adquiridos, neoplásicos, traumáticos y parasitarios. [1]. Figura 1.

Clasificación de las lesiones quísticas del hígado
Quistes congénitos: <ul style="list-style-type: none">• Esporádicos• Enfermedad poliquística hepática
Neoplásicos <ul style="list-style-type: none">• Primarios: Cistadenoma Cistadenocarcinoma• Metastásicos
De origen ductal <ul style="list-style-type: none">• Quiste de Colédoco• Enfermedad de Caroli• Duplicación del conducto biliar
Hematoma postraumático
Parasitarios <ul style="list-style-type: none">• Enfermedad hidatídica

FIGURA 1. CLASIFICACIÓN DE QUISTES HEPÁTICOS.

Los quistes congénitos incluyen a los quistes hepáticos simples, lesiones habituales benignas más frecuentes [2]

Los **quistes simples** resultan de restos de conductos biliares hiperplásicos excluidos y se identifican en estudios de imagen como estructuras uniloculares, homogéneas llenas de líquido, con una pared delgada y sin proyecciones [1]

La incidencia de este tipo de quistes es difícil de determinar. La bibliografía estima ocurre en un 5% de la población. Incidencia que incrementa con la edad [3].

El origen de los quistes congénitos es incierto. Existen diferentes teorías. Una de ellas se sustenta en la semejanza que existe entre el epitelio de la vía biliar y el epitelio que existe en la paredes del quiste hepático. Lo que indica una alteración de la diferenciación y la organización de la vía biliar. En el embrión normalmente tiene lugar una producción excesiva de conductos biliares, cuando no se produce la degeneración normal de estos conductillos pueden formarse lesiones quísticas del hígado. Los quistes congénitos también pueden ser secundarios a hiperplasia inflamatoria y obstrucción de conductos biliares aberrantes [4]

Los quistes hepáticos congénitos únicos y de gran tamaño se presentan generalmente de forma esporádica y no hereditaria, mientras que la poliquistosis tiene un componente genético claro.

La **enfermedad poliquística del adulto** es una afección autosómica dominante que se presenta en la vida adulta. Representa un trastorno raro con una prevalencia de aproximadamente 0.1% [5].

Esta enfermedad puede presentarse aislada o asociada con poliquistosis renal autosómica dominante. El hígado presenta desde el punto de vista macroscópico quistes generalizados.

De contenido líquido, transparente, incoloro o ligeramente amarillo. Este líquido se produce en el epitelio que recubre al quiste. Histológicamente se pueden encontrar complejos de Von Meyerburg.

Se pueden acompañar de manifestaciones extra hepáticas que incluyen quistes en otras localizaciones como: páncreas, bazo, ovaros, pulmones y los riñones [6]. Los quistes renales asociados tienen más importancia clínica que los hepáticos. La incidencia aumenta con la edad y es más frecuente en mujeres, con una proporción entre estas y los varones de 4:1. Los síntomas aparecen en etapas avanzadas de la vida e promedio entre los 50 y los 60 años de edad

Esta enfermedad cuenta con una amplia gama de manifestaciones clínicas. Los síntomas incluyen plenitud, saciedad temprana, disfagia y dolor crónico. El dolor es sordo y continuo, por lo general se localiza en el epigastrio o el cuadrante superior derecho. Cuando el quiste es de tamaño considerable. Suele presentarse como un tumor palpable en muchos casos indoloro.

Existe también ***poliquistosis hepática de la infancia***. Esta enfermedad se hereda de forma autosómica recesiva. Se divide en cuatro subtipos acorde al tiempo de presentación: perinatal, neonatal, infantil y juvenil. En estos casos el hígado de forma macroscópica se observa de características normales.

Microscópicamente se observan quistes de paredes delgadas revestidos por una capa única de epitelio cilíndrico bajo o cuboide que contiene líquido transparente. Existe incremento del número de conductos biliares y se observan frecuentemente complejos de von Meyenburg, que son pequeños conductos biliares dilatados rodeados de estroma fibroso [7].

Las manifestaciones clínicas en estos casos están determinadas por el grado de afectación renal. Algunos niños con la forma neonatal nacen muertos. En el resto la función hepática suele conservarse toda la vida, aunque puede presentarse fibrosis e hipertensión portal. Con sus complicaciones.

Quistes traumáticos: estos son secundarios a trauma abdominal contuso o penetrante asociado con hemorragia dentro del parénquima hepático. Ocurre cuando la capsula se encuentra intacta y el sangrado queda contenido dentro de ella. Estos quistes también pueden contener bilis y tejido hepático necrótico. Al no contar con un revestimiento epitelial estas lesiones se consideran en realidad pseudoquistes. Por lo que no se estudiaran en este trabajo [8].

Las **neoplasias hepáticas** a veces son quísticas, debido a degeneración o pueden contener un componente quístico primario. Como sucede en el cistadenoma o cistoadenocarcinoma.[2]

También puede tratarse de lesiones Metastásicas o neoplasia primarias hepáticas. Las neoplasias quísticas primarias del hígado, cistadenoma y cistoadenocarcinoma, son raras en comparación con los quistes congénitos. La variedad benigna, el cistadenoma es más frecuente en mujeres de mediana edad.

El cistoadenocarcinoma se presenta de manera más uniforme en ambos sexos. Puede encontrarse malestar epigástrico, dolor en el cuadrante superior derecho, tumor y en raros casos ictericia obstructiva.

Macroscópicamente los tumores por lo general son grandes y multiloculares, se encuentran con mayor frecuencia en lóbulo derecho y contienen un líquido mucinoso transparente. Cuando las características del líquido se tornan sanguinolentas, incrementa la sospecha de quiste maligno.

Microscópicamente los signos diagnósticos incluyen una lesión multiloculada revestida por células benignas o malignas productoras de mucina, que pueden contener proyecciones papilomatosas hacia el interior del quiste.

El cuadro clínico es similar al encontrado en el caso de quistes simples. Incluso la diferenciación clínica y radiológica entre los quistes neoplásicos y los quistes congénitos en ocasiones es difícil, En especial en las lesiones uniloculares. Los estudios de gabinete de mayor utilidad para el diagnóstico de estas lesiones son: USG, TC y RM.

Por USG las lesiones neoplásicas corresponden con lesiones anecóicas, regularmente multiloculadas, con tabiques internos con engrosamiento de la pared. La TC muestra atenuación bajo y pueden encontrarse tabiques vasculares. Un dato que orienta fuertemente una lesión neoplásica son las proyecciones papilomatosas o las irregularidades en la pared del quiste, los quistes multiloculares complejos y la presencia de contenido quístico de diferentes densidades en las distintas partes de un quiste multilocular.

Por lo que ante un cuadro de sospecha de cistadenoma, esta indicada la exploración quirúrgica y escisión completa de la lesión. Los resultados a largo plazo tras la resección completa de un cistadenoma son excelentes, sin embargo cuando la resección es incompleta la recidiva es prácticamente la regla [9].

En ciertas regiones del mundo la **hidatidosis** es la lesión quística de tratamiento quirúrgico más frecuente [2]. Esta es causada por la larva del parásito *E. granulosus*.

El ciclo vital de parásito requiere un huésped primario que alberga al parásito adulto y un huésped intermedio que alberga al estadio larvario.

El parásito adulto es una tenia de perro, su huésped primario habitual.

Puede hospedarse también en canidos salvajes como lobos y zorros. Se aloja en el intestino y los huevos se eliminan con las heces. Que contaminan pastos y en donde pueden sobrevivir incluso meses.

Se requiere un huésped intermedio. Que generalmente se trata de animales de pastoreo (vacas, cabras, ciervos y frecuentemente ovejas), que se alimentan de hierbas contaminadas.

Una vez ingeridos los huevos logran sobrevivir al medio ácido del estómago y se alojan en el duodeno del huésped intermedio, donde se libera el embrión del parásito y se fija a la pared del intestino delgado. A diferencia de lo que sucede en el huésped primario. En el huésped intermedio el embrión atraviesa la pared del intestino delgado y llega al hígado a través de la circulación portal. En donde se desarrolla la forma larvaria, ***el quiste hidatídico***.

Algunos embriones logran atravesar el hígado y alcanzan otros órganos, como pulmones, músculo, bazo, cerebro y hueso. El ciclo vital se completa cuando los cánidos (Huésped primario) se alimentan de órganos infectados provenientes del huésped intermedio portador de quistes y de este modo ingieren la forma larvaria.

Los protoescolices ingeridos se transforman en escolices que se fijan al intestino delgado y maduran hasta transformarse en tenias adultas en el intestino del huésped primario.

En la mayoría de los casos, los quistes se ubican normalmente en el hígado 60-70% de los casos y los pulmones 10-15% de los casos, la participación de otros órganos es posible pero poco frecuente [10].

En las regiones endémicas del mundo, el Cercano y Medio Oriente, Grecia, el Norte de África y Sudamérica, la población general y médica están familiarizados con la enfermedad, los cirujanos saben como tratarla. En contraste en el mundo occidental industrializado la enfermedad suele ser un hallazgo sorpresivo y en general es sobre tratada. En México la incidencia de la enfermedad es poco conocida.

La anatomía patológica determina que cuando se disecciona un quiste hidatídico se encuentran dos capas anatómicas bien delimitadas. La primera es la capa adventicia periquística (ectoquiste) originada en el huésped. Esta es una zona relativamente delgada de tejido fibroso comprimido y no epitelizado, que nunca es diferenciable desde el punto de vista anatómico del parénquima normal circundante del órgano de huésped y proporciona cierto apoyo mecánico al quiste hidatídico. Su función principal corresponde

al intercambio de nutrientes y materiales de desecho entre el huésped y el parásito, a través de múltiples capilares y espacios vasculares.

La cubierta externa del parásito es la capa que generalmente identifica el cirujano. Corresponde a una membrana laminada, de color blanco puro, opaco, brillante, bastante elástico y frágil. Con un espesor de aproximadamente 1 o 2 mm.

Por regla no existe una conexión orgánica entre el huésped y el parásito, por lo que el quiste siempre está separado de la cavidad periquística. Esta capa extremadamente delgada es el molde sobre el cual nacen, se nutren y se liberan los escolices en el interior del líquido del quiste.

El líquido hidatídico es antigénico. Algunos pacientes previamente inmunizados pueden tener gran cantidad de inmunoglobulina E en el suero y la exposición masiva súbita a los antígenos del parásito, como puede suceder en la ruptura interna o externa de un quiste grande. Puede desencadenar una reacción anafiláctica.

Un aspecto importante que considerar es que la capa periquística adventicia se torna al principio más fibrótica, luego densa, calcárea y finalmente se calcifica. Etapa con la que inicia el fin del parásito.

El cuadro clínico se caracteriza por alguno de los siguientes síntomas: dolor abdominal alto, náusea, vómito, meteorismo y en algunas ocasiones dispepsia. Las complicaciones como sangrado, ruptura de la pared del quiste, infección o torsión generalmente se manifiestan con dolor abdominal intenso compatible con abdomen agudo en algunas ocasiones. En la exploración física es posible palpar tumor o hepatomegalia. Lo cual es más frecuente en casos de poliquistosis hepática [11].

El diagnóstico generalmente se apoya en estudios de imagen. El ultrasonido es adecuado para la detección de la lesión quística. Sin embargo la tomografía (CT) es esencial para la

evaluación preoperatoria de la lesión quística. Esta última nos permite determinar las dimensiones y ubicación de la lesión y proporciona información acerca del probable origen del quiste. Así una lesión sin septos ni calcificaciones orienta hacia una lesión no parasitaria [11]. Laboratorialmente podemos echar mano de estudios de serología para determinación de equinococo, e indirectamente la eosinofilia nos orienta hacia una etiología parasitaria.

El tratamiento una vez establecido el diagnóstico puede ser conservador o quirúrgico.

La cirugía está indicada cuando el quiste ocasiona molestias. Y algunos autores establecen que los quistes son susceptibles de cirugía cuando exceden los 5 cm de diámetro. [11]. Las complicaciones potenciales de los quistes también representan indicaciones quirúrgicas.

El tratamiento conservador puede ser expectante, o incluir aspiración, escleroterapia y drenaje percutáneo [12]. De la misma manera dependiendo de cada autor el procedimiento puede o no ir acompañado de colecistectomía.

Entre las complicaciones transoperatorias descritas se encuentran sangrado y lesión de vía biliar. Sin embargo son infrecuentes [12].

JUSTIFICACIÓN

Conocer la incidencia de quistes simples hepáticos en una población de tercer nivel. Servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional Siglo XXI. Así como las características demográficas de los pacientes analizados. Y el tipo de tratamiento quirúrgico utilizado.

RESULTADOS

Se realizó la revisión de los archivos del Departamento de Patología del Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda. Donde se localizaron en el periodo comprendido entre enero de 2007 a marzo de 2012 un total de 21 casos con reporte histopatológico de quiste hepático. De los cuales 4 casos (19.04%) correspondían por reporte histopatológico con cistadenoma, 3 casos (14.28%) con quistes parasitarios, 2 casos (9.5%) en relación a enfermedad poliquística y 12 casos (57.14%) de quiste simple hepático. Todos estos con folio y diagnóstico histopatológico. De los cuales 20 pacientes son del sexo femenino y 1 paciente del sexo masculino.

Se solicitaron los expedientes al Archivo de la unidad encontrando en existencia únicamente los correspondientes a 14 de los casos. Debido a que se consideraba criterio de exclusión se realizará el resto del análisis con la siguiente estadística de distribución de los casos que contaban con expediente clínico: 3 casos (21.42%) de cistadenoma, 1 caso (7.14%) de quiste parasitario, 1 caso de enfermedad poliquística (7.14%) y 9 casos (64.28%) de quiste simple.

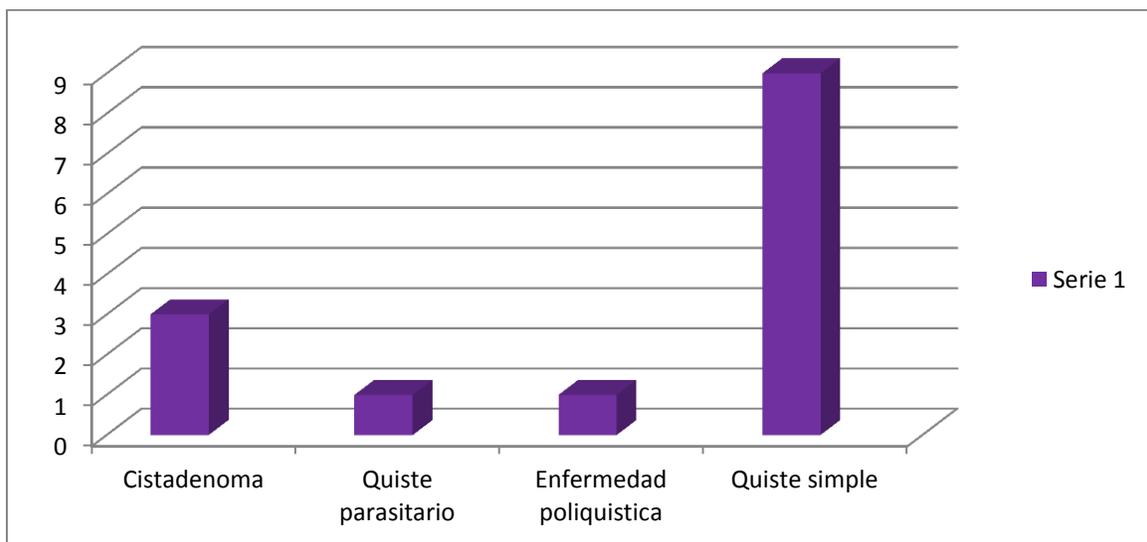


FIGURA 2. DISTRIBUCION DE CASOS DE QUISTE HEPATICO

De las variables analizadas se encontró lo siguiente:

La edad de presentación oscilaba entre 31 y 71 años con una media de 56.07 años.

Los 14 expedientes revisados corresponden a pacientes del sexo femenino (100% mujeres).

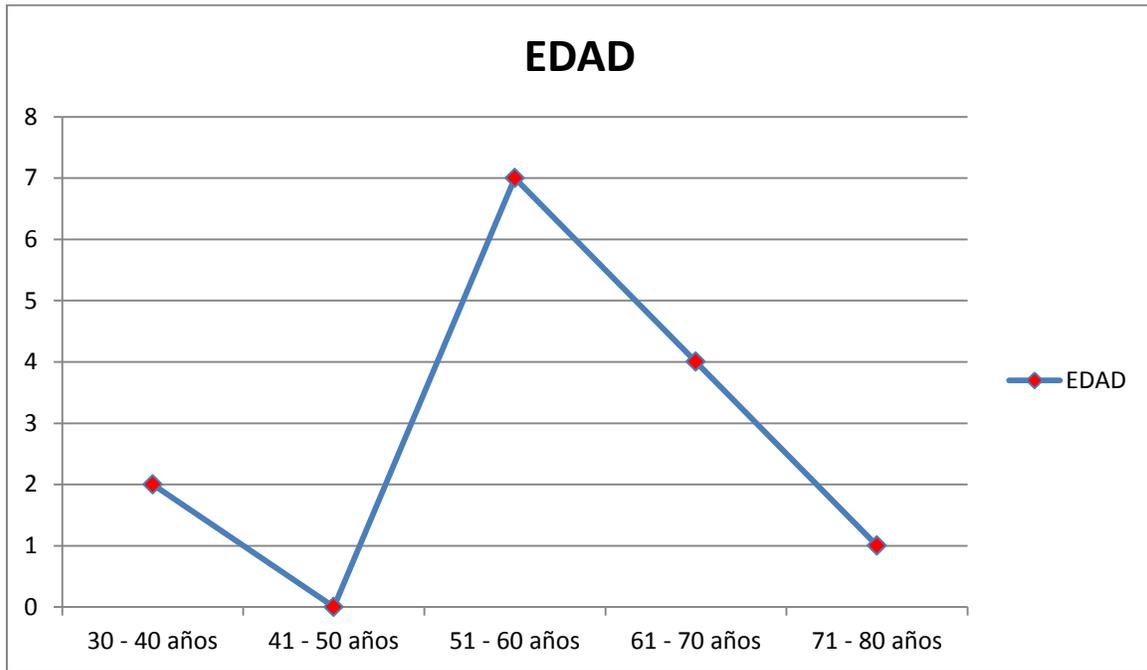


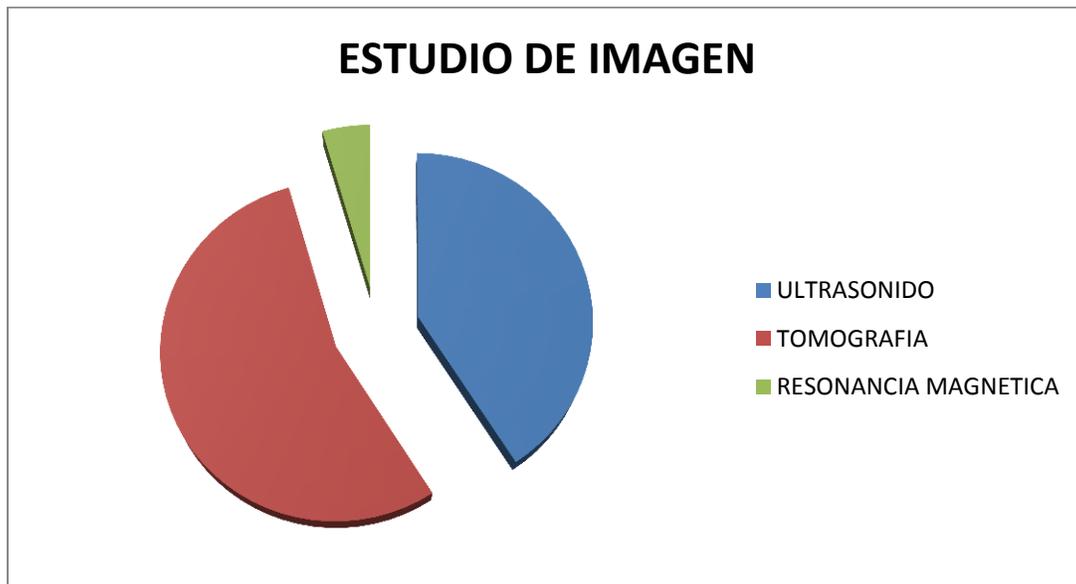
FIGURA 2. EDAD DE PACIENTES ANALIZADOS

El dolor fue el síntoma más importante y se encontraba presente en el 100% de los casos.

El tiempo de duración oscilaba entre 1 mes y siete años. En seis de las 14 pacientes se lograba palpar un tumor en la región de hipocondrio derecho lo que corresponde al 42.85% de la población. De estos en un caso el tumor se extendía hasta fosa iliaca derecha. Dos de las pacientes referían síntomas gastrointestinales (14.28%) manifestados como saciedad post prandial temprana. En ninguna de las pacientes se encontró ictericia.

Las herramientas diagnósticas utilizadas incluyen ultrasonido abdominal (USG), Tomografía axial computada (TC) e imagen de resonancia magnética (RM).

De los catorce casos analizados 9 contaban con USG (64.28%) donde los quistes se mostraban como lesiones anecoicas con sombra posterior, uniloculares, rellenas de líquido, 12 pacientes fueron analizados con TC (85%), que corroboraba los hallazgos del ultrasonido y 1 paciente contaba con imagen de RM (7.14%).



FIGUARA 4. ESTUDIO DE IMAGEN UTILIZADO PARA EL DIAGNÓSTICO

Uno los pacientes fue sometido a funduplicatura laparoscópica y durante la exploración se encuentra de manera incidental un quiste hepático el cual fue resecado de manera laparoscópica. Esta paciente no contaba con estudio de imagen pre quirúrgico que documentara alguna lesión quística del hígado (caso 12).

En cuanto a la localización de las lesiones quísticas se utilizo el sistema de Nomenclatura para resección Hepática basado en los trabajos del anatomista y cirujano Francés Couinaud (anexo 2), quien dividió al Hígado en ocho segmentos, y los numero en sentido contrario a las manecillas del reloj iniciando en el lóbulo caudado, al cual denominó segmento I.

Los segmentos II y III comprenden el segmento lateral izquierdo, el segmento IV corresponde al segmento medial izquierdo.

Así el lóbulo izquierdo esta constituido por los segmentos lateral izquierdo (segmentos de Couinaud II y III) y el segmento medial izquierdo (segmento IV). El segmento IV puede dividirse en segmento IVB y IVA. El lóbulo derecho esta constituido por los segmentos V, VI, VII y VIII, con los elementos V y VIII formando parte del lóbulo anterior derecho y los segmentos VI y VII del lóbulo posterior derecho.

Con esta referencia se tomo la localización segmentaria de la hoja quirúrgica del procedimiento de resección del quiste encontrando que en ocho de los casos (57.14%) la lesión se encontraba localizada en el lóbulo hepático derecho, en cuatro de los casos (28.57%), la lesión se localizaba en el lóbulo hepático izquierdo. Un paciente era portador de enfermedad poliquística (7.1%) y las lesiones se distribuían en todo el parénquima hepático y en un paciente (7.1%) el lóbulo derecho en el segmento II y el izquierdo abarcando los segmentos VI y VIII

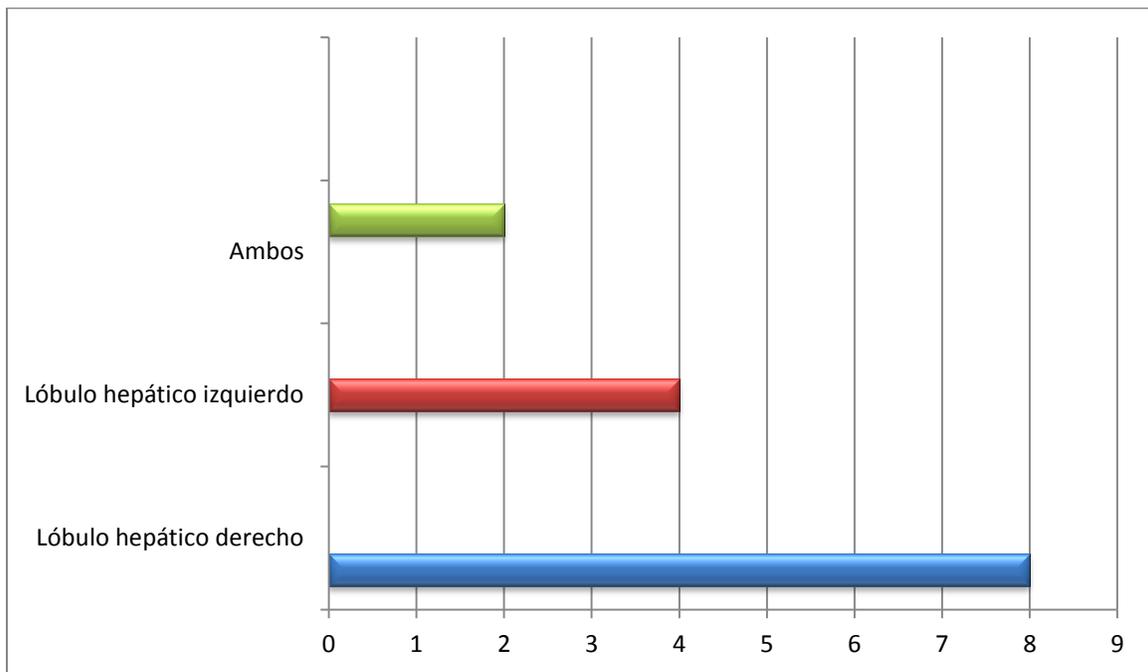


FIGURA 5. DISTRIBUCION ANATOMICA DE LAS LESIONES

En tipo de procedimiento quirúrgico utilizado se trató de cirugía laparoscópica en 8 casos (57.14%) y resección a cielo abierto en 6 casos (42.85%).

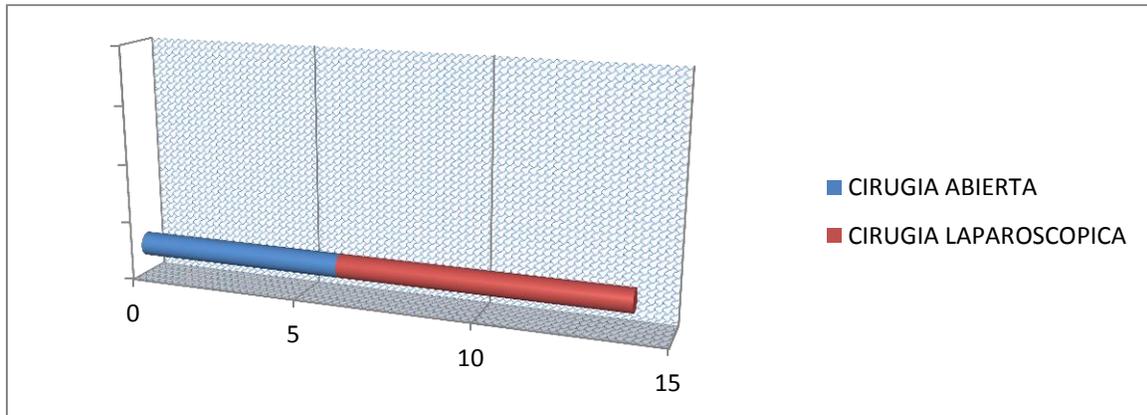


FIGURA 6. TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO UTILIZADO

Una de las pacientes fue sometida inicialmente a tratamiento laparoscópico con resección de la lesión quística documentando por reporte histopatología compatible con cistadenoma por lo que se re interviene ameritando resección del segmento IV hepático. Además de este caso se documentaron dos recidivas. Ambas abordas de manera inicial con técnica laparoscópica.

Complicaciones. Se documentaron dos complicaciones tras-operatorias reportadas en la hoja de técnica quirúrgica. Una de ellas en un procedimiento abierto (caso 13) y una en una cirugía realizada con apoyo laparoscópico (caso 14). La primera en el procedimiento a cielo abierto consistió en una lesión puntiforme de colón transversal producida por electrocauterio de espesor parcial la cual fue reparada con cierre primario y evolución favorable. La segunda producida durante procedimiento laparoscópico consistió en una lesión a la cúpula diafragmática derecha de aproximadamente 4mm, la cual se repara con puntos simples durante el mismo acto también sin complicaciones. No se documentaron en el expediente complicaciones post quirúrgicas.

DISCUSION

Dentro de las lesiones quísticas hepáticas no hidatídicas se incluyen por orden de mayor frecuencia, el quiste simple, el cistadenoma, el cistoadenocarcinoma y la enfermedad poliquística. Como se enumero en el marco teórico. La incidencia en la población general del quiste simple alcanza el 5% e incrementa con la edad [3]. Es precisamente este tipo de lesión quística la que se encontró con mayor número de frecuencia en el curso de 5 años alcanzando un porcentaje de aparición de 64.28%.

La aparición de quistes hepáticos simples es más frecuente en mujeres en una proporción 1.5:1. Sin embargo en quistes sintomáticos, complicados o de gran tamaño, la proporción se dispara apareciendo hasta en 9 casos por cada caso en varones afectados [13]. La población que incluye este estudio estuvo integrada en un 100% por pacientes del sexo femenino, si bien el tamaño de la muestra fue pequeño en ninguno de los casos las pacientes se sometieron a cirugía por datos de complicación de los quistes y aun así los quistes simples fueron los más frecuentes y todos se presentaron en pacientes del sexo femenino. Lo que concuerda con la literatura existente.

Aun considerando el total de pacientes documentados en el archivo de histopatología únicamente uno de los casos se presento en pacientes del sexo masculino. Esto tratándose de un hospital de concentración de tercer nivel de atención.

Se comenta en la literatura mundial que e muchos casos los quistes hepáticos pueden cursar asintomáticos por periodos prolongados de tiempo y que los síntomas más frecuentes cuando estos están presentes son el dolor abdominal o dorso lumbar, seguido de las náuseas y los vómitos, mientras que las complicaciones más frecuentes son la hemorragia espontanea seguido de la sobreinfección [14].

Las pacientes que se sometieron a tratamiento quirúrgico fueron referidas a la unidad por dolor, el cual se encontraba presente en el 100% de los casos, no se documento complicación intrínseca del quiste como hemorragia o infección. El tiempo de evolución fue variable, extendiéndose en uno de los casos hasta por siete años.

42.85% de las pacientes referían tumor palpable y únicamente dos de las 14 pacientes manifestaron síntomas asociados de tipo gastrointestinal. Lo que en términos generales es compatible con lo reportado [1, 2, 12]. En todos los casos las pacientes habían sido ya interrogadas y exploradas en Hospitales Generales de Zona motivo por el cual probablemente se encontraban sensibilizadas al dolor asociado a lo que ya conocían como una lesión quística del hígado.

El estudio de imagen que se utilizo para el estudio de estas lesiones, que se utilizó con mayor frecuencia. Fue la Tomografía axial computada. Esta en su variedad simple o contrastada aporta información importante e incluso las características por imagen pueden orientar hacia el tipo de diagnóstico histopatológico (anexo 3). Así un quiste complejo, bien delimitado con reforzamiento periférico orienta hacia etiología parasitaria, los quistes simples son imágenes homogéneas y bien delimitadas de contenido líquido. Los cistadenoma pueden corresponder a imágenes multilobuladas y generalmente hipodensas con respecto a al parénquima hepático. La enfermedad poliquística se caracteriza por la afectación de prácticamente todo el parénquima hepático.

En cuanto al tipo de abordaje quirúrgico utilizado, predomino con un 57.14% el abordaje laparoscópico.

Sin embargo no fue motivo de estudio de este trabajo la evaluación del número de días de estancia hospitalaria de las pacientes o si existía alguna diferencia en el tiempo de recuperación de acuerdo al tipo de abordaje utilizado. Como la literatura señala a favor de la mayoría de los tratamientos con abordaje de mínima invasión.[1,12]

Las complicaciones tras operatorias, documentadas en este estudio fueron escasas, presentándose en el 14.28% de la población, ninguna de ellas de gravedad. Las cuales se resolvieron en el mismo acto quirúrgico sin secuelas. No se reportaron complicaciones post operatorias. El sangrado y la lesión de la vía biliar son complicaciones tras operatorias descritas en algunos estudios [12], ninguna de estas se documento en este trabajo de investigación.

CONCLUSIONES

Como proponía la hipótesis de este trabajo, la investigación de los casos de quiste hepático, sometidos a tratamiento quirúrgico del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. En su mayoría corresponden a quistes simples de hígado.

La población afectada fue del sexo femenino en un 100 %. Esto correlaciona con los reportes de las series publicadas en la literatura mundial.

Se encontraron 3 casos compatibles con quistes neoplásicos en su variedad cistadenoma. Y los quistes de origen parasitario y por enfermedad poliquística fueron reportados únicamente en un caso. Se documentó también que en nuestro hospital la principal herramienta de estudio de este tipo de patología fue la imagen por Tomografía axial computada.

A diferencia de lo reportado en diferentes series de la literatura mundial, los casos de quiste hepático que se presentaron en el periodo de estudio que considero este estudio, todas nuestras pacientes presentaban síntomas al momento del diagnóstico. Siendo el dolor un común denominador en todas ellas.

En cuanto al tipo de tratamiento quirúrgico utilizado no existió una diferencia marcada entre el procedimiento abierto y el laparoscópico. Estos se aplicaron a los pacientes a preferencia del cirujano. Pero fue cirugía a cielo abierto si se trataba del resolver una recidiva. No fue motivo de estudio de este trabajo el tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes y si este se veía influido por el tipo de abordaje utilizado

Las complicaciones tras operatorias fueron mínimas y ninguna que pusiera en riesgo la vida del paciente. No se presentaron complicaciones post operatorias. Por lo que se puede concluir que la experiencia en el manejo de este tipo de lesiones en el Hospital de Especialidades es suficiente para resolver este tipo de patología.

ANEXOS

ANEXO 1. FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE: _____

AFILIACION: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

APP: _____

APNP:

CONVIVENCIA CON PERROS: _____

OTROS DE IMPORTANCIA: _____

MOTIVO DE ENVIO:

HALLAZGO INCIDENTAL _____ DOLOR ABDOMINAL _____

ICTERIA _____ TUMOR PALPABLE _____

OTROS _____

IMAGEN:

TC: _____

USG: _____

RM: _____

TRATAMIENTO QUIRURGICO:

LAPAROSCOPICO: _____

ABIERTO: _____

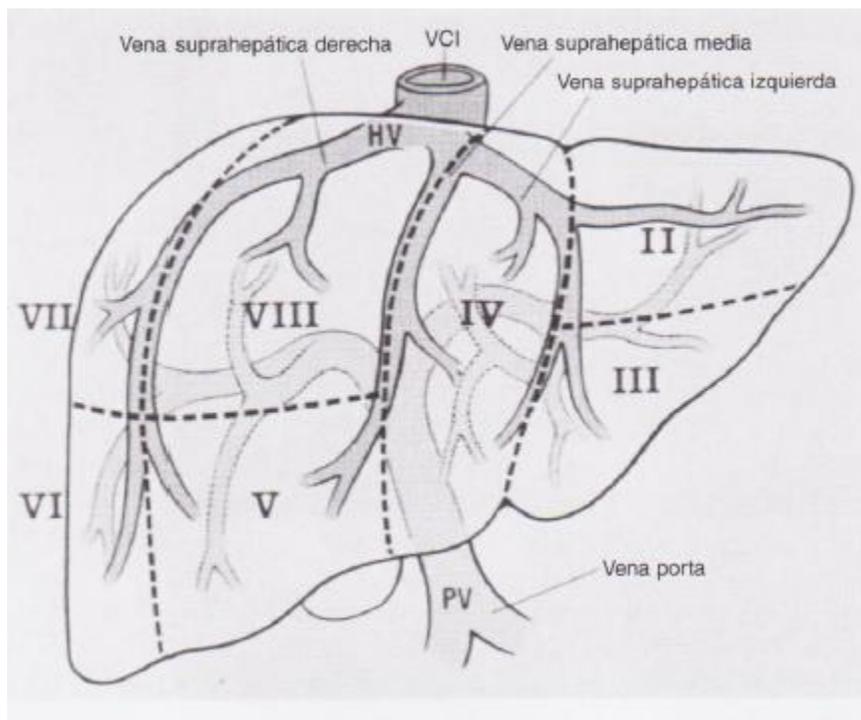
RESIDIVA: SI _____ NO _____

NUMERO DE RECIDIVAS: _____

HALLAZGOS QUIRURGICOS:

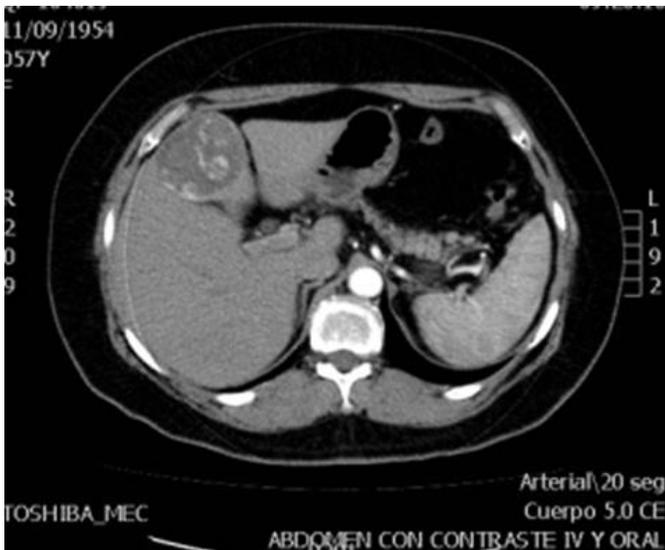
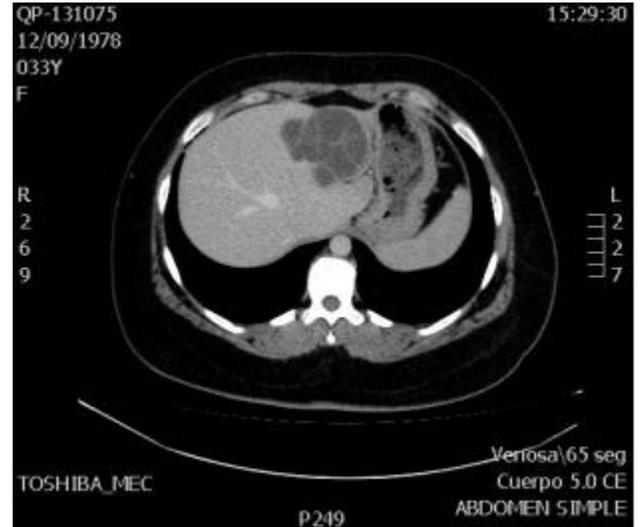
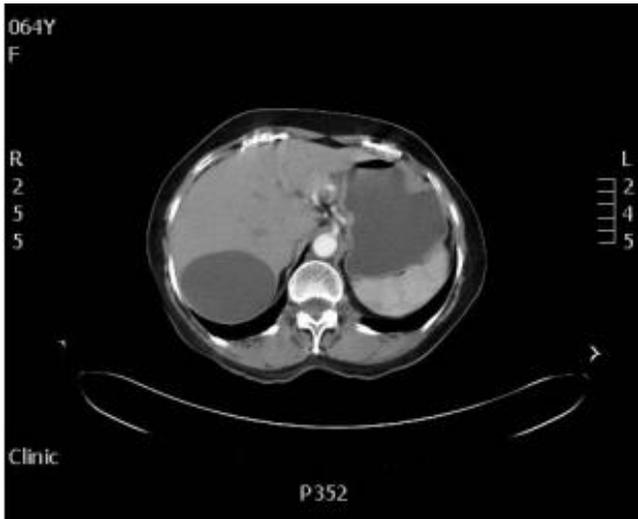
RHP: _____

ANEXO 2.



Vista anterior de la anatomía segmentaria del hígado. Tomado de Zudeima G., D, Yeo C., J. Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract. 5 Ed 2002.

ANEXO 3



TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA EN DIFERENTES TIPOS DE QUISTE HEPATICO: Arriba a la izquierda. Quiste simple; nótese la forma homogénea y bien delimitada así como el contenido hipodenso respecto al resto del parénquima hepático. Arriba a la derecha; en comparación con la imagen anterior se aprecia una imagen quística multilobulada, también de contenido homogéneo e hipodenso con respecto al parénquima hepático, compatible con Cistadenoma. Abajo a la izquierda la imagen de un quiste complejo; bien delimitado de contenido heterogéneo y realce en su interior. Que correspondió por reporte de histopatología con Quiste Hidatídico. Finalmente abajo a la derecha. La TC simple de un paciente con poliquistosis hepática.

** Tomado del expediente radiológico (IMPAX) del Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional Siglo XXI**

BIBLIOGRAFÍA

1. Brunnicardi C., Anderson D.K., Billiar T.R., Dunn D.L., Hunter J.G., Pollock R.E. Schwartz Principios de Cirugía. 8ed. México. Mc Graw Hill Interamericana 2006.
2. Zinner M.J., Scharz S.I., Ellis H., Maingot. Operaciones Abdominales 10ed. Buenos Aires. Medica Panamericana 1998.
3. Caremani, M., Benci A., Maestrini R., et al.: Abdominal cystic hydatid disease (CHD): Classification of sonographic appearance and response to treatment. J. Clin. Ultrasound, 24:491, 1996
4. Longmire, W. P, Jr., Mandiola, S.A., and Gordon, H.E.: Congenital cystic disease of the liver and biliary system. Ann. Surg., 174: 711, 1971
5. Pirson, Y., Lannoy, N., Peters, D., et al.: Isolated polycystic liver disease unlinked to polycystic kidney disease 1 and polycystic kidney disease 2. Hepatology, 23:249, 1996
6. Redston, M.S., and Wanless, I.R., The hepatic von Meyenburg complex: Prevalence and association with hepatic and renal cysts among 2843 autopsies (corrected; published erratum appears in Mod. Pathol., 9:803, 1996). Mod. Pathol., 9:233, 1996
7. Blyth, H., and Ockenden, B.G.: Polycystic disease of kidney and liver presenting in childhood. J. Med. Genet., 8:757, 1971.
8. Chuang, J.H., and Huang, S.C. Posttraumatic hepatic cyst: An unusual sequela of liver injury in the era of imaging. J. Pediatr. Surg., 31:272, 1996.
9. Sánchez, H., Gagner, M., Rossi, R.L., et al. Surgical management of nonparasitic cystic liver disease. Am. J. Surg., 161:113, 118. 1991.
10. Ernest, E., Nonga, H.E., Kynsieri, N., Cleaveland, S. A Retrospective Survey of Human Hydatidosis Based on Hospital Records During The Period 1990–2003 in Ngorongoro, Tanzania. Zoonoses Public Health. 57 (2010) e124–e129
11. Sasi Szabó, L., Taka, I., Árkosy, P., Sáp, P., Szentkereszty, Laparoscopic Treatment Of Nonparasitic Hepatic Cysts. Surg Endosc (2006) 20: 595–597

12. Fiamingo P, Tedeschi U, Veroux M, Cillo U, Brolese A, Da Rold A, Madia C, Zanusi G, D'Amico DF (2003) Laparoscopic treatment of simple hepatic cysts and polycystic liver disease. *Surg Endosc* 17: 623–626
- 13.- Regev A., Reddy K.R., Berho M., Sleeman D., Levi J.U., Livingstone A.S., et al. Large cystic lesions of the liver in adults: a 15 – year experience in a tertiary center. *J Am Coll Surg* 2001; 193: 36 – 45.
14. Katkhouda N., Hurwitz M., Gugenheim J., Mavor E., Mason R.J., Waldrep D. J., et al Laparoscopic management of benign solid and cystic lesions of the liver, *Ann Surg* 1999; 229: 460 – 466
15. Zudeima G., D, Yeo C., J. Shackelford's *Surgery of the Alimentary Tract*. 5 Ed 2002.
16. Shankar SR, Parelkar SV, Das SA, et al. An antenatally diagnosed solitary, non parasitic hepatic cyst, with duodenal obstruction. *Pediatr Surg Intl* 2000; 16; 214-5