

## QUISTE HEPÁTICO SIMPLE CASO CLÍNICO RADIOLÓGICO

Dr. Fernando Contreras\*, Dr. Marco Morales H.\*\* , Dra. Claudia Escobar G.\*\*\*

\* Médico Radiólogo Hospital Obrero N1 CNS , La Paz

\*\* Médico Cirujano Hospital Obrero N1 CNS , La Paz

\*\*\* Médico Residente III de Radiología Hospital Obrero N1 CNS

### RESUMEN

El siguiente caso clínico radiológico se trata de un paciente de sexo masculino de 74 años de edad el cual ingresa con un síndrome icterico obstructivo , con hiperbilirrubinemia de 31 mg/dl.

Se le realiza varios estudios de gabinete los cuales demostraban la presencia de imagen quística en topografía de hilio hepático, por su dimensión y aparente comunicación con vía biliar se llega a confundir con quiste de colédoco. Se decide el tratamiento quirúrgico y durante el transoperatorio se observa imagen quística de ubicación central que producía una compresión a hilio hepático, el estudio histopatológico confirman la presencia de Quiste hepático simple.

Si bien esta patología es frecuente, su topografía, su dimensión y principalmente la signosintomatología que presentó el paciente no son características de esta lesión.

### INTRODUCCIÓN

Los quistes hepáticos simples también denominados quistes del desarrollo, son lesiones frecuentes que se encuentran en el 5-14% de la población general. Pueden ser solitarios o múltiples. Se cree que los quistes hepáticos surgen del epitelio de los conductos biliares y se encuentran tapizados por una única capa de epitelio cuboideo, o con menor frecuencia escamoso columnar<sup>(1)</sup>. Es mas frecuente en la mujer que en el hombre.

Los quistes son asintomáticos y no comprometen la función hepática y en la mayoría de las veces son hallazgos a través de estudios imagenológicos de abdomen<sup>(2,3,4)</sup>. Sin embargo los quistes de mayor tamaño puede por efecto de masa producir signosintomatología, y mas aún los que son de ubicación central ya que llegan a comprimir el hilio hepático.

En 1984, Nakanuma reporta 8 casos de quistes serosos hepáticos exclusivamente en el hilio hepático y a lo largo del trayecto portal, estos quistes no se comunicaban con el árbol biliar, al inicio este autor

### ABSTRACT

This radiological clinical case belong to a 74 years old male patient who presents an obstructive icteric syndrome, with 31mg/dl hyperbilirrubinemia . Several studies were performed in this patient, that showed a cystic formation in the hepatic helium, thought to be a coledocal cyst because of its dimensions and apparent communication with bile ducts.

Surgical treatment was made, and it was seen a central cystic formation, compressing the hepatic helium, and this histologic specimen examination showed a simple hepatic cyst.

Although this pathology is frequent, the topography, dimensions and mainly the signs and symptoms presented by out patient, are not characteristic of it.

suponía que se trataba de quiste con comunicación con la vía biliar, es decir quistes de colédoco, sin embargo al examen post-mortem se evidencio la presencia de quiste hepáticos simples<sup>(5)</sup>.

El aspecto tomográfico de los quistes hepáticos es de una masa homogénea, bien delimitada de densidad similar a la del agua (<20UH), que no se realiza tras la administración del medio de contraste.

Las lesiones de pequeño tamaño, parecen mostrar densidad superior a 20UH debido al promedio parcial del volumen respecto al parénquima hepático adyacente especialmente en los cortes sin contraste<sup>(1,6,7)</sup>.

Si los cortes finos no permiten el diagnóstico definitivo, la ecografía puede resultar útil para demostrar la naturaleza quística de la masa. En las imágenes de resonancia magnética, los quistes simples son lesiones homogéneas, bien definidas hipointensas en T1 y francamente hiperintensas en T2<sup>(6)</sup>.

Otras masas quísticas incluidas bilomas, o pseudoquiste intrahepático, quistes hidatídicos, abscesos

y neoplasias quísticas pueden tener apariencia similar al quiste hepático simple.

Sin embargo estas lesiones suelen ser distinguibles del quiste simple gracias a características de pared engrosada o irregular, tabiques internos o densidad superior a 20Uh. En ocasiones puede complicarse con hemorragia e infección en cuyo caso puede resultar indiferenciable de otras lesiones quísticas<sup>(5,8)</sup>.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 74 años casado rentista natural radicado en La Paz. Sin antecedentes familiares ni patológicos de importancia.

Ingresado en el Hospital Obrero N° 1 por el servicio de urgencias por cuadro clínico de dos semanas de evolución caracterizado por dolor leve en cuadrante superior derecho del abdomen, pigmentación amarilla de escleras y luego de piel y mucosas, asociado a orinas de aspecto colúrico y acolia.

El examen físico evidencia paciente en regular estado general, con ictericia generalizado, hidratado, indicadores vitales estables, con leve dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho sin otras anomalías detectadas durante el examen clínico. Los exámenes de urgencia realizados a su ingreso evidencian hiperbilirrubinemia de 31 mg/dl. con BD: de 21.5mg/dl, BI de 9.5mg/dl, fosfatasa alcalina elevada de 502 U/l e hipoalbuminemia de 1.5g/dl.

La ecografía hepatobiliar detecta imagen quística adyacente a vesícula biliar (Figura 1) sugestiva de quiste de colédoco con vesícula alitiásica.

Figura N° 1



## Ecografía hepatobiliopancreática.

La ERCP evidencia canal biliar principal delgado con estrechamiento progresivo hasta obturación de la vía a nivel del hepático común<sup>(8)</sup> (Figura 2). Al realizar la PTC se punciona accidentalmente el quiste extrayéndose líquido claro, posteriormente se contrasta la vía biliar intrahepática que evidencia moderada dilatación con completa obturación de la vía a nivel del hilio hepático por compresión extrínseca (Figura 3).

Figura N° 2 ERCP



Figura N° 3 PTC



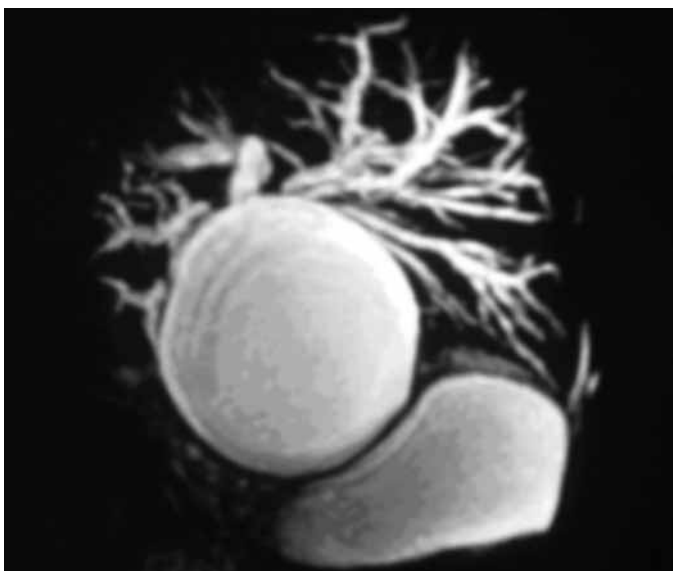
Posteriormente se efectúan TAC y colangiografía resonancia (Figura 4 y Figura 5), en el cual después de la reconstrucción se concluye como quiste hepático simple de ubicación

central de aproximadamente 73 x 61 mm de tamaño y compresión extrínseca de la vía biliar se programa cirugía convencional con incisión subcostal derecha evidenciándose quiste central de aproximadamente 10 cm. a nivel del hilio hepático y que desplaza la vesícula biliar, se realiza incidentalmente colecistectomía directa y colangiografía que evidencia buen paso a la vía biliar proximal, complementándose con la fenestración del quiste. El informe histopatológico del quiste concluye en quiste hepático simple.

**Figura N° 4**  
**Tomografía abdominal**



**Figura N° 5**  
**Colangiografía magnética**



La evolución postoperatoria es satisfactoria y controles ecográficos a los 2 y 3 meses son normales. Estudio histopatológico de pared del quiste reporta : QUISTE HEPÁTICO SIMPLE.

## DISCUSIÓN

El quiste hepático simple se define como un quiste unilocular, único o múltiple no mayor a un número de 10, son lesiones frecuentes que se encuentran en el 5-14% de la población general, siendo más frecuente en la mujer que en el hombre.

Son malformaciones congénitas que se originan en el epitelio biliar aberrante sin comunicación con la vía biliar y que acumula una cantidad variable de líquido claro en su interior, lo que determina su tamaño<sup>(2)</sup>.

Los quistes son generalmente asintomáticos y no comprometen la función hepática y en la mayoría de las veces son hallazgos incidentales a través de estudios imagenológicos abdominales<sup>(2,3,4)</sup>, los quistes sintomáticos son habitualmente de gran tamaño, actuando por efecto de masa o como es en el presente caso, por su ubicación central, a nivel del hilio hepático, lo que determinó la signointomatología que presentó el paciente, de muy rara presentación en este tipo de lesiones.

La cirugía realizada colecistectomía más colangiografía intraoperatoria y fenestración del quiste, fueron un éxito en el paciente ya que la evolución fue favorable, siendo los dos controles ecográficos posteriores a su egreso de aspecto normal.

## REFERENCIAS

1. Pedrosa C, Casanova R, Diagnostico por Imagen tratado de radiología clínica; 2º Ed; España: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana; 2000; Volumen II; Pag.602-603.
2. Hepp J, De Aretxabala X, Cirugía del hígado, vía biliar y páncreas, Sociedad de cirujanos de Chile; Santiago de Chile 2004; 268-272.
3. Cirugía hepática, Guías clínicas de la asociación española de cirujanos. Ediciones Aran 2004. 103,104.
4. Burgos S.J, Cirugía hepática, Sociedad de cirujanos de Chile, Santiago de Chile 2004; 75-76.
5. Terada T, Nakanuma Y, Pathological observations of intrahepatic peribiliary glands in 1,000 consecutive autopsy livers, Hepatology 1998; 12:1229-1233.
6. Semelka, RM de abdomen y pelvis, España, Editorial Marban; 2005; Tomo I; Pag. 44-46.
7. Yuji I, Reiko E, Eriko T, et.al; Hepatic Peribiliary Cysts: Multiple Tiny; Cysts within the Larger Portal Tract, Hepatic Hilum, or Both', Radiology 1998; 191: 307-310.
8. Lee J, Stanley R, Sagel S, et.al; Body TC Correlación RM; 3 Ed, Madrid España, Editorial Marban, 2000. Pag. 716-717.