

## Notas Clínicas

# Manejo ante rotura espontánea de quiste hepático simple: una rara complicación.

*Management of spontaneous rupture of simple hepatic cyst: a rare complication.*

González Sierra B, Manuel Vázquez A, Ramia Ángel JM

Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

## RESUMEN

Los quistes hepáticos simples representan una de las lesiones hepáticas más frecuentes. Por lo general son asintomáticos y se diagnostican de forma incidental en pruebas radiológicas realizadas por otros motivos. Las complicaciones de este tipo de lesiones son poco frecuentes, siendo la hemorragia intraquística y la infección las más frecuentes. Se han descrito, de forma excepcional, casos de rotura espontánea de quiste simple hepático no parasitario. Presentamos tres pacientes con rotura espontánea de quiste hepático simple no parasitario, donde la presencia o no de abdomen agudo condiciona su manejo y la decisión de actitud conservadora versus quirúrgico. No existe un tratamiento estandarizado para el manejo de esta complicación, siendo el manejo conservador una opción viable en pacientes sin datos de peritonitis en la exploración abdominal. En caso contrario, la opción de cirugía urgente se plantea ante la presencia de abdomen agudo.

**Palabras clave:** quiste hepático no parasitario, rotura de quiste hepático simple no parasitario, rotura espontánea, abdomen agudo.

## ABSTRACT

Simple hepatic cysts represent one of the most frequent liver lesions. They are usually asymptomatic and are diagnosed incidentally in radiological tests performed for other reasons. Complications of this type of lesions are infrequent, with intracystic hemorrhage and infection being the most frequent. Exceptionally, cases of spontaneous rupture of simple non-parasitic liver cyst have been described. We present three patients with spontaneous rupture of simple non-parasitic liver cyst, where the presence or absence of acute abdomen conditioned their management and the decision of conservative versus surgical attitude. There is no standardized treatment for the management of this complication, with conservative management being a viable option in patients without evidence of peritonitis on abdominal examination. Otherwise, the option of urgent surgery is posed in the presence of acute abdomen.

**Keywords:** Non-parasitic hepatic cyst, non-parasitic simple hepatic cyst rupture, spontaneous rupture, acute abdomen.

## CORRESPONDENCIA

Begoña González Sierra  
Hospital Universitario Guadalajara  
19002 Guadalajara  
[begoglezsierra@gmail.com](mailto:begoglezsierra@gmail.com)

XREF

## CITA ESTE TRABAJO

González Sierra B, Manuel Vázquez A, Ramia Ángel JM. Manejo ante rotura espontánea de quiste hepático simple: una rara complicación. Cir Andal. 2020;31(3):330-32. DOI: 10.37351/2020313.16.

## INTRODUCCIÓN

Los quistes hepáticos son un grupo heterogéneo de lesiones de diversa etiología, prevalencia y clínica, donde las lesiones de origen congénito son las más frecuentes. Los quistes hepáticos congénitos se producen por alteraciones en el desarrollo y derivan de conductos biliares aberrantes aislados<sup>1,2</sup> Se clasifican en quiste hepático simple (QHS) o poliquistosis hepática (PQH), y según la clasificación de Gigot se dividen tipo I, quistes de gran tamaño (>10 cm) y número limitado (<10); tipo II: quistes de mediano tamaño, distribuidos difusamente por el hígado, con parénquima hepático reconocible entre ellos; y tipo III, quistes de pequeño a mediano tamaño, distribuidos masivamente y difusos por el hígado, con mínima porción de parénquima hepático reconocible entre ellos<sup>3</sup>. La rotura quística espontánea es una complicación excepcional<sup>1,2,4,5</sup>, por lo que no existen pautas que describan la estrategia de tratamiento óptima y las indicaciones quirúrgicas para una ruptura espontánea<sup>6</sup>.

Se realiza un estudio retrospectivo de 28 pacientes con diagnóstico de quistes hepáticos congénitos evaluados en un Servicio de Cirugía General en un hospital español de segundo nivel entre enero de 2010 y enero de 2020 y se seleccionan tres pacientes que presentaron como complicación una rotura espontánea de quiste hepático.

## CASOS CLÍNICOS:

Mujer, 37 años, diagnosticada de lesión quística hepática, no sospechosa de malignidad en semana 18 de gestación, serología de *Echinococcus* negativa. ColangioRMN: masa quística hepática en segmento IV, que comprime conducto hepático común con dilatación secundaria de vía biliar intrahepática (Figura 1A). Finalizado el embarazo con éxito, acude a Servicio de Urgencias por dolor en HCD y temperatura de 38°C. A la exploración, dolor abdominal difuso, con signos de irritación peritoneal. Análíticamente PCR 329 mg/L. Se realiza tomografía computerizada (TC) abdominal, objetivando masa quística con pared irregular y discontinua, que ha disminuido respecto a la Colangio-RMN con signos de rotura (Figura 1B). Dado clínica, alteraciones analíticas y hallazgos radiológicos se interviene de urgencia objetivando coleperitoneo (1.000 cc) y lesión quística hepática perforada en segmento IVb con múltiples comunicaciones con vía biliar. Se realiza quistectomía total con sutura de comunicaciones. Es dada de alta al sexto día sin complicaciones. El informe anatomopatológico confirma quiste hepático simple con inflamación aguda y necrosis de pared.

Mujer, 88 años, quistes hepáticos conocidos con serología de *Echinococcus* negativa. Acude a Servicio de Urgencias por dolor abdominal en hipocondrio derecho (HCD), sin signos de irritación peritoneal. En analítica destaca PCR 160 mg/L. Se TC abdominal donde se evidencian quistes hepáticos simples múltiples, el mayor en segmento VIII-IVa con líquido adyacente subdiafragmático y contenido denso intraluminal, en relación con rotura quística (Figura 1C). Dada estabilidad clínica y analítica se ingresa para tratamiento conservador con antibioterapia intravenosa, con buena evolución clínica y descenso de reactantes de fase aguda. TC abdominal de control evidencia tamaño quístico estable y desaparición de signos de sobreinfección o sangrado intraquístico (Figura 1D). Es dada de alta al séptimo día, sin incidencias.

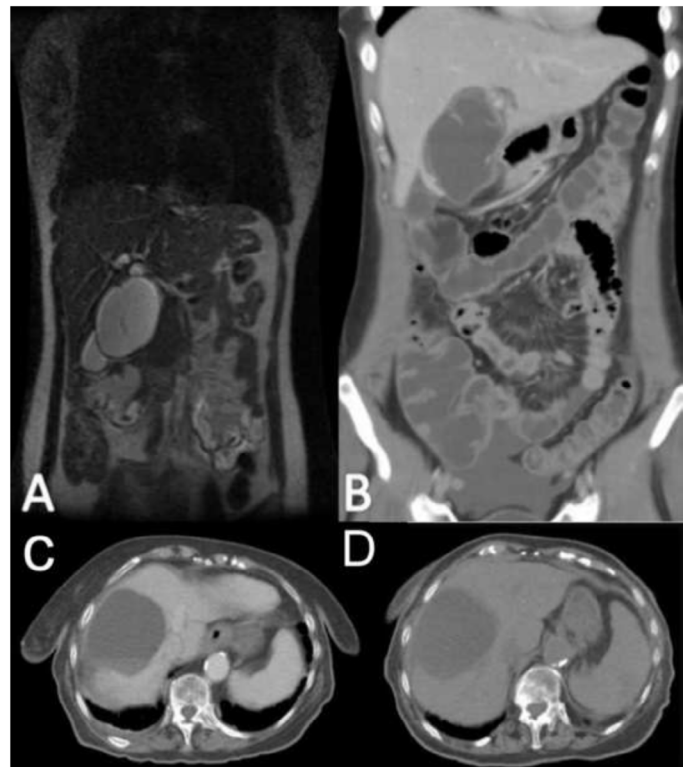


Figura 1

Imágenes quiste roto. Figura 1A. ColangioRMN: masa quística hepática en segmento IV, que comprime conducto hepático común con dilatación secundaria de vía biliar intrahepática. Figura 1B.TC abdominal: masa quística con pared irregular y discontinua, que ha disminuido respecto a la Colangio-RMN con signos de rotura Figura 1C. TC abdominal: quistes hepáticos simples múltiples, el mayor en segmento VIII-IVa con líquido adyacente subdiafragmático y contenido denso intraluminal, en relación con rotura quística. Figura 1D. TC abdominal de control: tamaño quístico estable y desaparición de signos de sobreinfección o sangrado intraquístico.

Varón, 87 años, con antecedente conocido de QHS, serología de *Echinococcus* negativa. Acude a Servicio de Urgencias por dolor abdominal en HCD. A la exploración presenta signos de irritación peritoneal con elevación de PCR (307 mg/L) En TC abdominal se objetiva masa quística con pared discontinua que parece corresponder con quiste roto y posible hemoperitoneo perivesicular y perihepático, así como signos de colecistitis aguda. Debido a los hallazgos clínico-analíticos se realiza intervención quirúrgica urgente, evidenciando hemoperitoneo (1.000 cc) y perforación de lesión quística en segmento III sin sangrado activo y colecistitis aguda perforada en cara anterior. Se realiza colecistectomía, drenaje y fenestración. El paciente es dado de alta al séptimo día sin complicaciones postoperatorias. El informe de anatomía patológica confirma colecistitis aguda y quiste hepático simple roto.

## DISCUSIÓN

Los QHS son lesiones benignas, presentes hasta en un 5% de la población. Por lo general son diagnosticadas de manera incidental, pero hasta un 5% pueden presentar síntomas como dolor, náuseas, vómitos y/o saciedad postprandial<sup>2,5,7</sup>. La mayoría, al ser asintomáticos, no requieren tratamiento, sin existir consenso sobre el seguimiento radiológico preciso<sup>1,3</sup>. Las complicaciones más frecuentes de los quistes hepáticos congénitos son la hemorragia intraquística

y la infección<sup>1,2,3</sup>. De forma excepcional se han comunicado torsión del quiste, compresión de vena cava inferior, hipertensión portal, ictericia por estenosis de la vía biliar, fistulización a duodeno o vía biliar o rotura<sup>1,4,5</sup>. Aunque no existen datos de su incidencia, la rotura suele ocurrir en lesiones de gran tamaño<sup>8</sup>. Puede producirse como consecuencia de infección, traumatismo o iatrogenia, u ocurrir de forma espontánea<sup>4</sup>. La rotura suele relacionarse con aumento de presión en el interior del quiste, por hemorragia intraquística, bilis o debilidad de su pared<sup>8,9</sup>. El dolor abdominal es el síntoma más frecuente en la mayoría de casos descritos<sup>5</sup>. La comunicación con la vía biliar asociada a la rotura de la lesión quística sin hemorragia, es un hallazgo extremadamente infrecuente en la literatura<sup>9</sup>. No existe tratamiento estándar ante un quiste hepático roto, debido a la baja frecuencia de este tipo de complicación<sup>3</sup>. El tratamiento conservador parece ser la mejor opción en pacientes sin datos de peritonitis; sin embargo en casos de rotura quística hepática asociada a abdomen agudo, se recomienda tratamiento quirúrgico<sup>2,4</sup>. Entre los procedimientos invasivos encontramos opciones que van desde el drenaje percutáneo hasta la hepatectomía<sup>11</sup>, estando descrito el abordaje laparoscópico urgente con éxito desde 2005<sup>8</sup>. El destechamiento del quiste abierto o laparoscópico es un tratamiento seguro y efectivo para quistes hepáticos simples no parasitarios. Las tasas de recurrencia también pueden reducirse combinando el destechado con la coagulación o electrocoagulación con haz de argón, métodos que destruyen el epitelio restante. Por otra parte, la colocación de un colgajo de transposición omental después del destechado puede reducir las tasas de recurrencia<sup>12</sup>.

Como conclusión deberíamos recordar que a pesar de que la rotura espontánea de quiste simple no parasitario hepático es muy infrecuente, debería incluirse en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo, sobre todo en aquellos pacientes con antecedente conocido. Las opciones de tratamiento deben basarse en la clínica del paciente, siendo la presencia de peritonitis crucial en la toma de decisión de manejo conservador o quirúrgico.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ramía JM, de La Plaza R, Figueras J, García-Parreño J. Benign non-parasitic hepatic cystic tumours. *Cir Esp*. 2011 Nov;89(9):565-73.
- Miliadis L, Giannakopoulos T, Boutsikos G, Terzis I, Kyriazanos ID. Spontaneous rupture of a large non parasitic liver cyst: a case report. *J Med Case Rep*. 2010;4:2.
- Gigot JF, Legrand M, Hubens G, de Canniere L, Wibin E, Deweer F, Druart ML, Bertrand C, Devriendt H, Droissart R, Tugilimana M, Hauters P, Vereecken L. Laparoscopic treatment of nonparasitic liver cysts: adequate selection of patients and surgical technique. *World J Surg* 1996; 20: 556-561
- Hotta M, Yoshida H, Makino H, Yokoyama T, Maruyama H, Uchida E. Spontaneous rupture of a simple hepatic cyst: report of a case. *J Nippon Med Sch*. 2015;82(2):113-6.
- Inoue K, Iguchi T, Ito S, Ohga T, Nozoe T, Shirabe K, Ezaki T, Maehara Y. Rerupture of nonparasitic liver cyst treated with cyst fenestration: a case report. *Surg Case Rep*. 2015;1(1):71.
- Imaoka Y, Ohira M, Kobayashi T, Shimizu S, Tahara H, Kuroda S, Ide K, Ishiyama K, Ohdan H. Elective laparoscopic deroofing to treat the spontaneous rupture of a large simple liver cyst: a case report. *Surg Case Rep*. 2016 Dec;2(1):148.
- Simon T, Bakker IS, Penninga L, Nellensteijn DR. Haemorrhagic rupture of hepatic simple cysts. *BMJ Case Rep*. 2015 Feb 19;2015.
- Salemis NS, Georgoulis E, Gourgoutis S, Tsohataridis E. Spontaneous rupture of a giant non parasitic hepatic cyst presenting as an acute surgical abdomen. *Ann Hepatol*. 2007 Jul-Sep; 6(3):190-3.
- Marion Y, Brevartt C, Plard L, Chiche L. Hemorrhagic liver cyst rupture: an unusual life-threatening complication of hepatic cyst and literature review. *Ann Hepatol*. 2013 Mar-Apr;12(2):336-9.
- Shimada S, Hara Y, Wada N, Nakahara K, Takayanagi D, Ishiyama Y, Maeda C, Mukai S, Sawada N, Yamaguchi N, Sato Y, Hidaka E, Ishida F, Kudo SE. Spontaneously ruptured hepatic cyst treated with laparoscopic deroofing and cystobiliary communication closure: A case report. *Asian J Endosc Surg*. 2016; 9(3):208-10.
- Maki T, Omi M, Kaneko H, Misu K, Inomata H, Nihei K. Spontaneous rupture of non-parasitic or non-neoplastic multiple and giant liver cysts: report of a case. *Surg Case Rep*. 2015 Dec;1(1):45.
- Park J. Traumatic rupture of a non-parasitic simple hepatic cyst presenting as an acute surgical abdomen: Case report. *Int J Surg Case Rep*. 2019;65:87-90.