



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE
“QUISTE HEPÁTICO GIGANTE A PROPÓSITO DE UN CASO”

Requisito previo para optar como título de Médico

AUTOR: Quelal Zurita Alex Dario

TUTOR: Dr. Esp. Guanuchi Quito Franklin Hernán

Ambato – Ecuador

Octubre 2019

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutor Asistencial del presente Análisis de Caso Clínico sobre:

“QUISTE HEAPTICO GIGANTE A PROPÓSITO DE UN CASO” del estudiante Quelal Zurita Alex Darío, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que el presente caso clínico efectuado reúne todos las necesidades y requerimientos necesarios para poder ser sometido a la evaluación pertinente realizada por el jurado calificador, el cual es elegido por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato.

Ambato, octubre 2019

EL TUTOR

.....

Dr. Esp. Franklin Hernán Guanuchi Quito

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios indicados en el siguiente Análisis de Caso Clínico con el tema “**QUISTE HEPÁTICO GIGANTE A PROPÓSITO DE UN CASO**”, a su vez la información, criterios planteados, observaciones realizadas, conclusiones, y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor del presente trabajo de requisito para la obtención de título de Médico.

Ambato, octubre 2019.

EL AUTOR

.....

Quelal Zurita, Alex Darío

DERECHOS DE AUTOR

En calidad de autor del presente caso clínico autorizo a la Universidad Técnica de Ambato que haga del presente análisis o parte de él, un documento disponible para lectura consulta y/o proceso de investigación.

Por dicha razón concedo los derechos de mi análisis de caso clínico con el tema **“QUISTE HEPÁTICO GIGANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO”** con fines de difusión pública, además ratifico el poder reproducir el presente análisis de caso clínico conforme a las estipulaciones establecidas en la Universidad Técnica de Ambato, considerado que al momento de realizarlo no implique o se efectúe ganancia económica alguna y se efectuó con el debido respeto a mis derechos como autor del caso presentado

Ambato, octubre 2019.

EL AUTOR

.....

Quelal Zurita, Alex Darío

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el análisis de caso clínico sobre,
sobre el tema **“QUISTE HEPÁTICO GIGANTE A PROPOSITO DE UN CASO”**
de Quelal Zurita Alex Dario, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, octubre 2019

-Para constancia firma

1er Vocal

2do Vocal

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios quien me ha dado la fortaleza y sabiduría necesaria para cumplir cada objetivo y meta propuesta, a mis Padres quienes me han apoyado en el transcurso de mi carrera, que gracias a ellos puedo cumplir tan añorado sueño, a mis tíos y primos que con cada palabra de aliento supieron estar presente en los momentos de adversidad y en si a mi familia que han sido para mí el motor fundamental de inspiración para cada día poder salir adelante superando cada obstáculo. A mi querida Universidad Técnica de Ambato que me abrió sus puertas y me brindo la oportunidad de superarme como persona, a mis maestros y tutores que con sus enseñanzas forjaron en mi un profesional lleno de valores, al Hospital Docente Ambato y Hospital General Ambato instituciones en donde pude concretar los conocimientos adquiridos para ejercer esta noble profesión y a todas aquellas personas que supieron aportar de muchas maneras en mi vida para llegar cada vez más lejos.

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico de manera especial a mis padres quienes con su esfuerzo estuvieron apoyándome de manera incondicional para superar toda adversidad y cumplir esta importante meta, mis hermanos que con su inocencia pudieron ser esa inspiración para no decaer en momentos de adversidad, además de mis tíos y primos quienes con su ejemplo y palabras de fortaleza me ayudaron a forjar este camino tan importante en mi vida para lograr alcanzar la meta tan anhelada y por ultimo pero no menos importante a mi novia que me apoyo en cada paso y estuvo a mi lado cuando más lo necesitaba.

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR	i
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	ii
DERECHOS DE AUTOR.....	iii
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DEDICATORIA	vi
RESUMEN:.....	x
SUMMARY.....	xi
1. INTRODUCCIÓN	1
I. OBJETIVO GENERAL.....	2
II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2
2. METODOLOGÍA	2
DESCRIPCIÓN DE FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES.....	3
3. RECURSOS	3
III. DESARROLLO	4
DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO	4
Datos de filiación:.....	4
Antecedentes patológicos familiares:.....	4
Motivo de Consulta:.....	5
Enfermedad Actual:.....	5
Impresión Diagnóstica:	7
Reporte de Ecografía Abdominal	11
EVOLUCIÓN DEL PACIENTE POR DÍAS	12
Procedimiento Operatorio	25
Exploración y Hallazgos Quirúrgicos:	26
DESARROLLO TEÓRICO DEL TEMA	33
ANATOMÍA.....	33
DIVISIÓN ANATÓMICA DEL HÍGADO	33
QUISTES HEPÁTICOS	36
GENERALIDADES	36
CLASIFICACIÓN	36

EPIDEMIOLOGÍA	37
FISIOPATOLOGÍA	37
SIGNOS Y SÍNTOMAS	38
USO DE CPRE	38
TRATAMIENTO	41
CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	43
IV. CONCLUSIONES	44
VI. BIBLIOGRAFÍA	46
BIBLIOGRAFÍA IMÁGENES	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Hábitos:.....	5
Tabla 2: Revisión actual de órganos y sistemas	6
Tabla 3: Lista de problemas.....	7
Tabla 4: Biometría Hemática.....	8
Tabla 5: Coagulación	9
Tabla 6: Química sanguínea	9
Tabla 7: Gasometría Arterial	10
Tabla 11: Complementarios: Enzimas pancreáticas 18/09/2018.....	21
Tabla 12 Complementarios: marcadores tumorales 20/09/2018	23
Tabla 13: Esquematización de las oportunidades de mejora.....	43

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen No 1: Ecografía abdominal	11
Imagen No 2: Colangiografía pancreatoendoscopica	16
Imagen No 3: Tomografía Axial computarizada de Abdomen de Control	31
Imagen No 4: División y segmentos hepáticos.....	34
Imagen No 5: División y segmentos hepáticos.....	35

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD CARRERA DE MEDICINA**

“QUISTE HEPÁTICO GIGANTE”

Autor: Quelal Zurita, Alex Dario.

TUTOR: Dr. Esp. Guanuchi Quito Franklin Hernán

Fecha: octubre 2019.

RESUMEN:

Objetivo: Caracterizar a los pacientes que presentan quistes hepáticos gigantes e identificar las posibles complicaciones que estos presentan.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de análisis de caso clínico.

Discusión: Se reporta caso de paciente masculino de 41 que presenta cuadro de dolor abdominal de gran intensidad de pocos días de evolución, localizado en hipocondrio derecho. Se diagnostica como pancreatitis de origen biliar pero posterior a ello, con estudios pertinentes se llega al diagnóstico de la presencia de quiste hepático que abarca segmentos IV, V y VIII por lo que se realiza drenaje de destechamiento del mismo

Conclusiones: Se analizo los problemas relacionados con el presente caso clínico, así como a la revisión bibliográfica, de esta manera se caracterizó a pacientes con presencia de quistes hepáticos gigantes, así como su manejo y posibles complicaciones.

PALABRAS CLAVE: QUISTE, HEPÁTICO, DIAGNÓSTICO, ABDOMEN, COMPLICACIONES, DESTECHAMIENTO, DRENAJE

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO FACULTY OF HEALTH
SCIENCES MEDICAL CAREER**

“GIANT LIVER CYST”

-

Author: Quelal Zurita, Alex Dario.

TUTOR: Dr. Esp. Guanuchi Quito Franklin Hernán

Date: october 2019.

SUMMARY

Objective: To characterize the patients who present giant liver cysts and identify the possible complications that these present.

Materials and methods: Retrospective descriptive study of clinical case analysis.

Discussion: A case of a 41-year-old male patient with a very intense abdominal pain picture of a few days of evolution, located in the right hypochondrium, is reported. It is diagnosed as pancreatitis of biliary origin but after that, with pertinent studies the diagnosis of the presence of liver cyst that includes segments IV, V and VIII is reached, so drainage is done to remove it.

Conclusions: The problems related to the present clinical case, as well as the literature review, are analyzed in this way, patients with giant liver cysts are characterized, as well as their management and possible complications.

KEY WORDS: CYST, HEPATHIC, DIAGNOSIS, ABDOMEN, COMPLICATIONS, OUTSTANDING, DRAINAGE

1. INTRODUCCIÓN

Los quistes hepáticos, en cirugía de adulto son entidades infrecuentes, sin embargo, es importante conocerlas debido a que tiene un elevado nivel de complicaciones que pueden llevar incluso a la muerte si no se resuelve de manera oportuna.¹

En este caso nos vamos a enfocar en el hallazgo incidental de un quiste hepático gigante que en la mayoría de los casos puede presentarse de manera asintomática en un estimado del 3% de personas adultas. Algunos autores mencionan una frecuencia de hasta 14% de la población en general.¹

La incidencia exacta de los quistes hepáticos gigantes es difícil de estimar ya que generalmente se asocian o se presenta con hallazgos con patologías como colecistitis, colelitiasis; aunque se ha informado una prevalencia del 2 al 7.81%. Son más frecuentes en mujeres que en hombres, en proporción de 4:1 y pueden presentarse a cualquier edad, sin embargo, las décadas más afectadas son la cuarta y la quinta.²

Se consideraba que los quistes hepáticos gigantes eran hace 30 años una entidad rara, hasta que en la clínica "Mayo" un informe clínico mostró una incidencia de 17 por 10 000 operaciones. Con la evolución de técnicas de imágenes modernas los informes del predominio de quistes simples han aumentado.²

El diagnóstico diferencial de quistes hepáticos es extenso, con causas variantes, prevalencia, manifestaciones y severidad.

Los procedimientos quirúrgicos representan un índice bajo de posibles complicaciones, teniendo como la más importante la recurrencia, alrededor del 0 al 11%, a su vez como la hemorragia, esta última en el caso de realizarse el procedimiento laparoscópicamente. De esta manera se contraindica el uso de la laparoscopia en quistes de segmentos anteriores.¹

De todas las técnicas propuestas el drenaje percutáneo guiado mediante ecografía está prácticamente indicado como uno de los tratamientos temporales, o en aquellos casos en los que se encuentra contraindicado para un procedimiento mayor.¹

I. OBJETIVO GENERAL

- Caracterizar a los pacientes que presentan quistes hepáticos gigantes

I. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores de riesgo asociados a la aparición de quistes hepáticos gigantes.
- Describir los principales medios diagnósticos y terapéuticos utilizados para el manejo integral de pacientes que presenten quistes hepáticos gigantes
- Identificar las complicaciones que presentan los quistes hepáticos.
- Proponer una estrategia diagnóstico-terapéutica para el manejo de pacientes que presenten quistes hepáticos.

2. METODOLOGÍA

- Estudio descriptivo retrospectivo.
- Se realizará una revisión del expediente clínico y de los estudios diagnósticos indicados en el paciente, para describir las manifestaciones clínicas, los elementos más significativos en la esfera diagnóstica, terapéutica y pronóstica
- Identificar los factores de riesgo y proponer acciones preventivas, así como se identificarán los puntos críticos en la atención de este enfermo y se elaborará una propuesta de mejora, de esta manera se describirá la evaluación pronóstica.
- Utilizaremos métodos estadísticos descriptivos.

DESCRIPCIÓN DE FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

El siguiente Análisis de Caso Clínico se desarrolla con las distintas fuentes de información y recursos bibliográficos, los cuales se mencionan a continuación:

- Historia clínica, donde se indica con claridad la evolución que tiene el paciente, así como el cuadro clínico de ingreso y cómo fue su cuadro resolutivo.
- Información directa que aporta un dato fundamental para la obtención de datos importantes al momento de realizar el análisis de caso clínico
- Información bibliográfica como libros, revistas médicas, artículos científicos, guías clínicas para la realización del presente trabajo de investigación donde se tomó en cuenta la definición, de quiste hepático gigante a nivel Nacional, Latinoamérica y Mundial ya que la incidencia de esta patología es poco frecuente en nuestro país, dándonos la oportunidad de analizar criterios de validación de los estudios seleccionados según la eficacia metodológica, la dimensión y exactitud de los resultados y la aplicabilidad al área de interés.

3. RECURSOS

La carrera garantiza todos los recursos para la ejecución de este estudio.

HUMANOS: Investigador (Autor del Análisis del Caso), personal de salud que estuvo en contacto con el paciente (Médicos, enfermeras) y familiares cercanos al paciente

MATERIALES: historia clínica, exámenes complementarios de laboratorio e imagen. Artículos científicos.

ECONÓMICOS: autofinanciado por el autor.

II. DESARROLLO

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Datos de filiación:

Paciente de 41 años, de sexo masculino, se autoidentifica como mestizo, de religión católica, instrucción primaria completa, ocupación chofer, de estado civil casado, nacido en Mocha y reside en Ambato, no refiere residencia ocasional en los últimos 6 meses, de lateralidad diestro, grupo sanguino desconoce

Fuente de información: Directa (paciente)

Antecedentes patológicos personales:

- Niega

Antecedentes patológicos familiares:

- Niega

Antecedentes Quirúrgicos:

- Niega

Alergias:

- Niega

Factores de riesgo psicosociales: No refiere

Factores de riesgo laborales: No refiere

Medicación habitual crónica:

No Refiere

Transfusiones: No

Tabla 1: Hábitos:

Alimentario	4 veces al día
Miccional	5 veces al día
Defecatorio	1 vez al día
Ejercicio	camina 1 hora diaria
Alcohol	ocasionalmente de forma social
Tabaco	no refiere
Drogas	no refiere
Exposición al humo	no refiere

Elaborado por: Quelal Zurita, Alex Dario

Fuente: Historia clínica del paciente

Motivo de Consulta:

Dolor Abdominal

Enfermedad Actual:

Paciente de 41 años de edad sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos de importancia que acude por presentar dolor abdominal tipo cólico de más o menos 24 horas de evolución como fecha real y aparente, de moderada a gran intensidad, localizado en epigastrio que se irradia a hipocondrio derecho e izquierdo, teniendo como causa aparente la ingesta de comida copiosa, no tiene relación con la micción ni decúbitos, no se automedica, a lo que se le acompaña de náusea que llega al vómito por varias ocasiones de contenido alimentario, deposiciones de características normales.

Tabla 2: Revisión actual de órganos y sistemas

Órganos de los sentidos	Sin patología aparente
Respiratorio	Sin patología aparente
Cardiovascular	Sin patología aparente
Digestivo	Lo referido en Enfermedad Actual
Genital	Sin patología aparente
Urinario	Sin patología aparente
Musculo esquelético	Sin patología aparente
Endocrino	Sin patología aparente
Hemo linfático	Sin patología aparente
Nervioso	Sin patología aparente

Elaborado por: Quelal Zurita, Alex Dario

Fuente: Historia clínica del paciente

Presentación de Signos vitales al ingreso:

- Presión Arterial tomada en emergencia: 120/80
- Frecuencia respiratoria: 21 respiraciones por minuto
- Frecuencia cardiaca: 60 latidos por minuto
- Saturacion de Oxígeno: 90 % Aire Ambiente.
- T: 37 grados Centigrados
- Peso: 75 kg

Examen Físico General

Al momento de evaluación se encuentra con paciente lúcido, consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, afebril, hidratado, fascie álgica, con estado nutricional eutrófico

Examen Físico Regional

- **Piel:** Normotensa, normo elástica con ligero tinte ictérico

- **Cabeza:** Normocefálico, cabello con implantación acorde a la edad y sexo, no se evidencia lesiones ni deformaciones.
- **Ojos:** Presencia de pupilas isocóricas reflejo fotomotor conservado, escleras normo coloreadas
- **Oídos:** Pabellón auricular de correcta implantación, orificio auditivo externo permeable
- **Nariz:** Sin presencia de secreción. Fosas nasales permeables
- **Boca:** mucosas orales húmedas, piezas dentales completas en regular estado. Orofaringe no eritematosa
- **Cuello:** Movilidad conservada. Simétrico sin presencia de adenopatías, tiroides grado 0A
- **Tórax:** Simétrico, expansibilidad conservada, tejido celular subcutáneo no infiltrado
- **Pulmones:** Murmullo vesicular conservado no se auscultan ruidos sobreañadidos
- **Corazón:** Se ausculta ruidos cardiacos rítmicos normo fonéticos no presencia de soplos patológicos
- **Abdomen:** A la inspección no se evidencia deformaciones, a la auscultación ruidos hidroaéreos aumentados a la palpación se encuentra suave, a la digitopresión es depresible con presencia de dolor a la palpación en región de epigastrio y a también en hipocondrio derecho, se valora signo de Murphy Positivo
- **Región inguinogenital:** Genitales masculinos, normales
- **Extremidades:** Móviles, simétricas, sin presencia de edema, llenado capilar menor a 3 segundos.
- **Neurológico:** Glasgow 15/15, no signos meníngeos, reflejos conservados

Impresión Diagnóstica:

Tabla 3: Lista de problemas

ACTIVOS	PASIVOS
Dolor abdominal	Bebedor Social
Nausea	

Vómito	
Ictericia	

Elaborado por: Quelal Zurita, Alex Dario

Fuente: Historia clínica del paciente

Diagnóstico Presuntivo: Colecistitis + Colelitiasis + Coledocolitiasis + Pancreatitis

Exámenes Complementarios

Tabla 4: Biometría Hemática

Leucocitos	18500	K/ul
Hematíes	5,69	M/ul
HGB	17,4	g/dl
HTO	52,5	%
VCM	92,3	Fl
HCM	30,6	Pg
MCHC	33,1	g/dl
Plaquetas	348	K/ul
RDW-SD	45,7	Fl
RDW-CV	12,1	%
Neutrófilos	59,1	%
Linfocitos	37,9	%
Monocitos	2,3	%
Eosinófilos	0,6	%
Basófilos	0,1	%

Elaborado por: Quelal Zurita, Alex Dario

Fuente: Historia clínica del paciente

Tabla 5: Coagulación

TP	13	seg
TTP	1	seg
INR	28	

Elaborado por: Quelal Zurita, Alex Dario

Fuente: Historia clínica del paciente

Tabla 6: Química sanguínea

Glucosa	135,8	mg/dl
Urea	22,6	mg/dl
Creatinina	0,98	mg/dl
Ácido Úrico	6,5	mg/dl
Bilirrubina Total	6,36	mg/dl
Bilirrubina Directa	4,79	mg/dl
AST	321	U/l
ALT	611	U/l
Amilasa	2387	U/l
Lipasa	1243,5	U/l

Elaborado por: Quelal Zurita, Alex Dario

Fuente: Historia clínica del paciente

Tabla 7: Gasometría Arterial

FIO2	0,21	
Na	149,8	mmol/L
K	-	
Ca	0,29	mmol/L
Cl	141,8	mmol/L
pH	7,42	
PO2	61,4	mmHg
PCO2	25,4	mmHg
SO2	91,1	%
Hct	42,5	%
PCO2t	25,4	mmHg
cHCO3	16,2	mmol/L
BE	-6,2	mmol/L
SO2©	91,3	%

Elaborado por: Quelal Zurita, Alex Dario

Fuente: Historia clínica del paciente

Reporte de Ecografía Abdominal

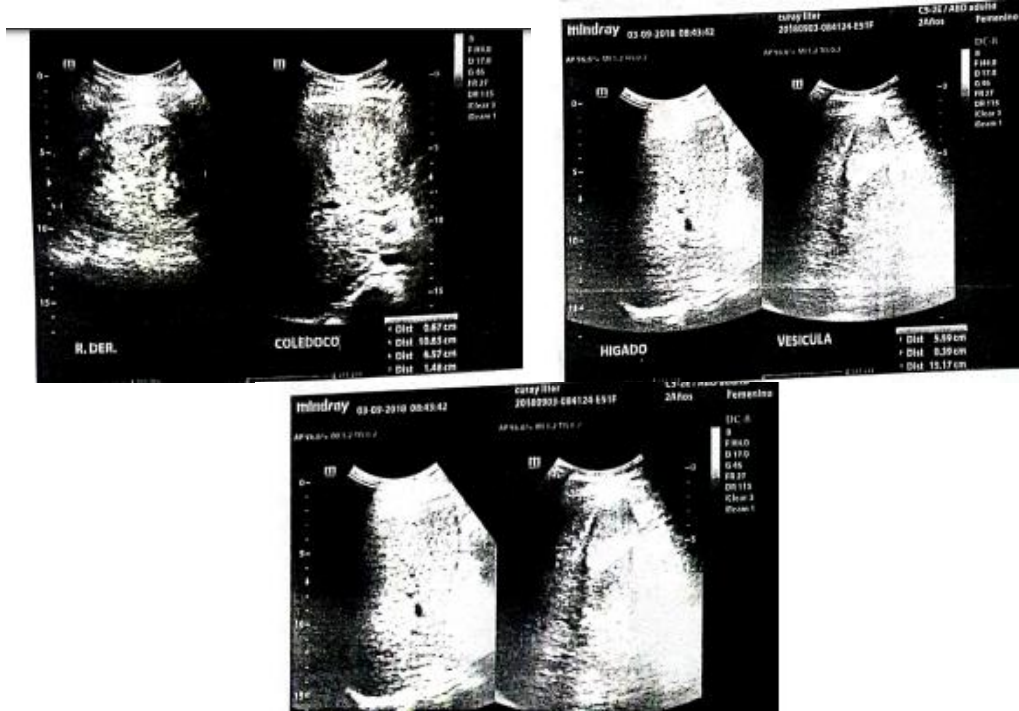


Imagen No1: ecografía abdominal

Fuente: Historia clínica del paciente

Hígado Aumentado en su Ecogenicidad mide 15 cm.

Vesícula mide 6 cm, la pared mide 3 mm con múltiples cálculos en su interior, pequeños que se acompañan con barro biliar denso

Colédoco no dilatado de 6mm

Vías Biliares intrahepáticas no dilatadas

Riñones de tamaño y ecogenicidad conservadas

Bazo tamaño normal

Páncreas no visible por el gas del estómago

No hay liquido abdominal libre

CONCLUSIÓN: Hígado graso grado 2, Colecistitis – Colelitiasis con barro biliar denso, no se observa Páncreas, no hay liquido abdominal libre

EVOLUCIÓN DEL PACIENTE POR DÍAS

Fecha: 04/09/2018

Paciente masculino de 41 años con diagnóstico de pancreatitis aguda + colangitis. En su primer día de hospitalización que refiere permanecer con dolor abdominal de moderada intensidad a nivel de hipocondrio y flanco derecho, se aplica puntuación según escala de Apache obteniendo como resultado un score de 6, mortalidad de 8%

Al examen físico:

Paciente consciente, orientado, afebril, hidratado,

Ojos: pupilas isocóricas norma reactivas a la luz y acomodación, escleras con ligero tinte icterico

Abdomen: Distendido, doloroso a la palpación en hipocondrio y flanco derecho, Murphy (+)

Indicaciones:

1. Nada por vía oral
2. Control de signos vitales
3. Lactato Ringer 1000 mililitros intravenoso pasar a 150 ml/h
4. Ampicilina + sulbactam 3 gramos intravenoso cada 12 horas (Día 1)
5. Tramadol 100 mg intravenoso cada 8 horas
6. Ketorolaco 30 mg intravenoso cada 8 horas
7. Metoclopramida 10 mg intravenoso cada 8 horas
8. Ranitidina 50 mg intravenoso cada 12 horas
9. Metronidazol 500 mg intravenoso cada 12 horas (Día 1)
10. Tramitar CPRE
11. Novedades

Fecha: 05/09/2018

Paciente masculino de 41 años con diagnóstico de pancreatitis aguda + colangitis + colelitiasis en su segundo día de hospitalización que refiere permanecer con dolor abdominal que ha disminuido de intensidad en comparación a días anteriores a nivel de hipocondrio y flanco derecho.

Al examen físico:

Paciente consciente, orientado, afebril Glasgow 15/15

Ojos: pupilas isocóricas norma reactivas a la luz y acomodación, escleras con ligero tinte icterico

Nariz: Fosas nasales permeables, presencia de sonda nasogástrica con salida de secreción amarillenta

Boca: Mucosas orales semihúmedas

Abdomen: Distendido, doloroso a la palpación en hipocondrio y flanco derecho, Murphy (+)

Indicaciones:

1. Nada por vía oral
2. Control de signos vitales
3. Lactato Ringer 1000 mililitros intravenoso pasar a 150 ml/h
4. Ampicilina + sulbactam 3 gramos intravenoso cada 12 horas (Día 2)
5. Tramadol 100 mg intravenoso cada 8 horas
6. Ketorolaco 30 mg intravenoso cada 8 horas
7. Metoclopramida 10 mg intravenoso cada 8 horas
8. Ranitidina 50 mg intravenoso cada 12 horas
9. Metronidazol 500 mg intravenoso cada 12 horas (Día 2)
10. Tac de abdomen y Pelvis
11. Biometría hemática, bilirrubina, amilasa y lipasa

12. N-Butilescopolamina 20 mg intravenoso por razones necesarias

13. Novedades

Fecha: 06/09/2018

Paciente masculino de 41 años con diagnóstico de pancreatitis aguda + colangitis + colelitiasis en su tercer día de hospitalización que refiere disminución de dolor abdominal, niega sintomatología acompañante

Al examen físico:

Paciente consciente, orientado, afebril Glasgow 15/15

Ojos: pupilas isocóricas norma reactivas a la luz y acomodación, escleras con ligero tinte icterico

Nariz: Fosas nasales permeables, presencia de sonda nasogástrica con salida de secreción amarillenta

Boca: Mucosas orales semihúmedas

Abdomen: Suave depresible, ligeramente doloroso a la palpación en hipocondrio y flanco derecho, Murphy (+)

Complementarios:

Tabla 8: Química sanguínea

Glucosa	96.6	mg/dl
Urea	36,4	mg/dl
Creatinina	0,76	mg/dl
Bilirrubina Total	1,13	mg/dl
Bilirrubina Directa	0.67	mg/dl

Amilasa	160	U/l
Lipasa	161	U/l

Elaborado por: Quelal Zurita, Alex Dario

Fuente: Historia clínica del paciente

Indicaciones:

1. Nada por vía oral
2. Control de signos vitales
3. Lactato Ringer 1000 mililitros intravenoso pasar a 125 ml/h
4. Ampicilina + sulbactam 3 gramos intravenoso cada 12 horas (Día 3)
5. Metronidazol 500 mg intravenoso cada 12 horas (Día 3)
6. Ketorolaco 30 mg intravenoso cada 8 horas
7. Omeprazol 40 mg intravenoso cada 12 horas
8. N-Butilescopolamina 20 mg intravenoso por razones necesarias
9. Retiro de sonda Nasogástrica
10. Novedades

Fecha: 07/09/2018

Paciente masculino de 41 años con diagnóstico de pancreatitis aguda + colangitis + colelitiasis en su cuarto día de hospitalización que refiere disminución de dolor abdominal, refiere realizar deposición en forma normal

Al examen físico:

Paciente consciente, orientado, afebril Glasgow 15/15

Ojos: pupilas isocóricas normo reactivas a la luz y acomodación, escleras con ligero tinte icterico

Nariz: Fosas nasales permeables

Boca: Mucosas orales semihúmedas

Abdomen: Suave depresible, no doloroso a la palpación profunda ni superficial

Indicaciones:

1. Alta Médica
2. Ciprofloxacino 500 mg vía oral cada 12 horas por 7 días
3. Control en 7 días (realización de CPRE)

Paciente que acude el día 15/09/2019 para realización de CPRE en el cual se encuentra lo siguiente:

Colangio Pancreatografía Retrograda Endoscópica

Bajo anestesia general se introduce el duodenoscopio, hasta la II porción duodenal observándose área papilar con papila puntiforme, con salida de bilis amarilla, ligeramente purulenta. Canulación algo difícil, se logra canular, realizándose Esfinterotomía, posteriormente se canula selectivamente la vía biliar principal, observándose, salida de barro biliar en poca cantidad. Colédoco de 1 cm (imagen radiológica) no aparentes imágenes de defecto de lleno en su interior. Cístico de implantación baja tortuosa con imágenes sugerentes de litios en el mismo. Vesícula hidrópica opacificada totalmente, ventralizada. Hepático común normal. Vías biliares no dilatadas

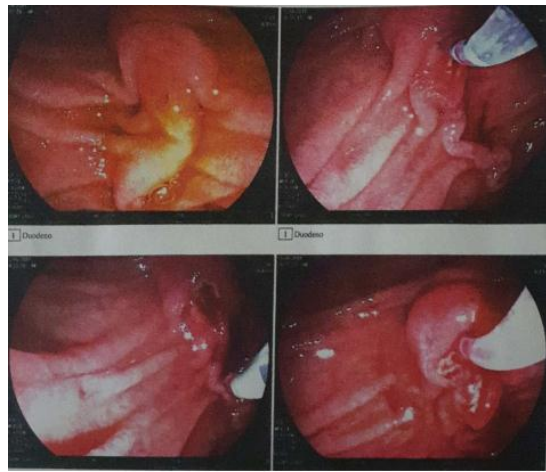


Imagen No. 2: COLANGIOGRAFÍA PANCREATOENDOSCOPICA

Fuente: Historia clínica del paciente

Diagnóstico de la Endoscopia: Colangiografía, con cístico tortuoso. Vesícula insitu hidrópica. Esfinterotomía endoscópica. CPRE satisfactoria, se recomienda resolución quirúrgica.

Indicaciones:

1. Nada por vía oral por 24 horas
2. Control de signos vitales
3. Lactato Ringer 1000 mililitros intravenoso cada 8 horas
4. Omeprazol 40 mg intravenoso cada día
5. N-Butilescopolamina 20 mg intravenoso cada 8 horas
6. Tramadol 100 mg intravenoso diluido y lento en 100 ml de solución salina al 0.9% cada 12 horas
7. Control post CPRE
8. Novedades

Fecha: 16/09/2018

Paciente masculino de 41 años con diagnóstico de pancreatitis aguda + colangitis + colelitiasis en su segundo día de hospitalización, primer día post CPRE se mantiene al momento asintomático

Al examen físico:

Paciente consciente, orientado, afebril Glasgow 15/15

Ojos: pupilas isocóricas norma reactivas a la luz y acomodación,

Nariz: Fosas nasales permeables

Boca: Mucosas orales semihúmedas

Abdomen: Suave depresible, no doloroso a la palpación profunda ni superficial

Indicaciones:

1. Dieta líquida am y blanda pm
2. Control de signos vitales
3. Lactato Ringer 1000 mililitros intravenoso cada 8 horas
4. Omeprazol 40 mg intravenoso cada día
5. N-Butilescopolamina 20 mg intravenoso cada 8 horas
6. Tramadol 100 mg intravenoso diluido y lento en 100 ml de solución salina al 0.9% cada 12 horas
7. Control post CPRE
8. Biometría hemática, Química Sanguínea
9. Novedades

Fecha: 17/09/2018

Paciente masculino de 41 años con diagnóstico de pancreatitis aguda + colangitis + colelitiasis en su tercer día de hospitalización segundo día post CPRE refiere dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho

Al examen físico:

Paciente consciente, orientado, afebril Glasgow 15/15, piel con ligero tinte ictérico

Ojoso: pupilas isocóricas norma reactivas a la luz y acomodación,

Nariz: Fosas nasales permeables

Boca: Mucosas orales semihúmedas

Abdomen: Suave depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio y flanco derecho

Complementarios:

Tabla 9: Biometría Hemática 17/09/2018

Leucocitos	9200	K/ul
-------------------	------	------

Hematíes	4,47	M/ul
HGB	13,5	g/dl
HTO	38,8	%
VCM	92,3	fl
HCM	30,6	pg
MCHC	34,8	g/dl
Plaquetas	348	K/ul
RDW-SD	38,2	fl
RDW-CV	12,1	%
Neutrófilos	68,4	%
Linfocitos	24,6	%
Monocitos	6,4	%
Eosinófilos	0,5	%
Basófilos	0,1	%

Elaborado por: Quelal Zurita, Alex Dario

Fuente: Historia clínica del paciente

Tabla 10: Química sanguínea 17/09/2018

Glucosa	73	mg/dl
Urea	24,2	mg/dl
Bilirrubina Total	0.59	mg/dl
Bilirrubina Directa	0.34	mg/dl
AST	21	U/l

ALT	45	U/l
GGT	281	

Elaborado por: Quelal Zurita, Alex Dario

Fuente: Historia clínica del paciente

Indicaciones:

1. Dieta líquida
2. Control de Signos Vitales
3. Dispositivo intravenoso sin heparina
4. N-Butilescopolamina 20 mg intravenoso cada 8 horas
5. Tramadol 100 mg intravenoso diluido y lento en 100 ml de solución salina al 0.9% cada 12 horas
6. Novedades

Fecha: 18/09/2018

Paciente masculino de 41 años con diagnóstico de pancreatitis aguda + colangitis + colelitiasis en su cuarto día de hospitalización tercer día post CPRE refiere permanecer con dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho

Abdomen: Suave depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio y flanco derecho

Indicaciones:

1. Ampicilina + sulbactam 1,5 gramos intravenoso cada 6 horas Día 1
2. N-Butilescopolamina 20 mg intravenoso cada 8 horas
3. Tramadol 100 mg intravenoso diluido y lento en 100 ml de solución salina al 0.9% cada 12 horas
4. TAC abdomino pélvica
5. Amilasa y lipasa
6. Novedades

Fecha: 19/09/2018

Paciente masculino de 41 años con diagnóstico de pancreatitis aguda + colangitis + colelitiasis en su quinto día de hospitalización tercero día post CPRE continua con leve dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho, niega alza térmica.

Se realiza TAC Abdomino-Pélvica en la cual confirma los diagnósticos ya especificados además de eso llama la atención masa a nivel hepático por lo que se solicita informe.

Abdomen: Suave depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio y flanco derecho

Tabla 11: Complementarios: Enzimas pancreáticas 18/09/2018

Amilasa	100	U/l
Lipasa	83,3	U/l

Elaborado por: Quelal Zurita, Alex Dario

Fuente: Historia clínica del paciente

Indicaciones:

1. Metamizol 1 gramo intravenoso por razones necesarias
2. TAC abdomino pélvica
3. Resto se continua con iguales indicaciones

Fecha: 20/09/2018

Paciente se mantiene con evolución estacionaria. Se realiza TAC Abdomino-Pélvica en la cual confirma los diagnósticos ya especificados además de eso llama la atención masa a nivel hepático por lo que se solicita informe. Se rota de antibiótico a ceftriaxona 1 gramo intravenoso cada 12 horas

Al examen físico:

Abdomen: Suave depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio y flanco derecho

Indicaciones:

1. Ceftriaxona 1 gramo intravenoso cada 12 horas Día 1
2. Alfa Feto Proteína, Antígeno Carcinoembrionario, Ca 19-9
3. Informe de TAC abdomino pélvica
4. Resto iguales indicaciones

Fecha: 21/09/2018

Se obtiene informe de TAC en el cual esclarece la presencia de quiste hepático en los segmentos IV – V – VIII, además se ratifica diagnóstico de colelitiasis, no se evidencia necrosis pancreática ni liquido libre peri pancreático. Por lo anteriormente mencionado se decide resolución quirúrgica y se incrementa antibiótico por hallazgos de imagen

Al examen físico: se mantiene en iguales condiciones que días anteriores sin modificación en el cuadro que presenta

Indicaciones:

1. Ceftriaxona 1 gramo intravenoso cada 12 horas Día 2
2. Metronidazol 1 gramo intravenoso cada 8 horas Día 1
3. Chequeo prequirúrgico
4. Resto se continua con iguales indicaciones

Fecha: 22/09/2018

Paciente con cuadro anteriormente mencionado se mantiene a la espera de resolución quirúrgica

Al examen físico: se mantiene en iguales condiciones que días anteriores sin modificación en el cuadro que presenta

Indicaciones:

1. Se continua con iguales indicaciones hasta reporte de chequeo prequirúrgico

Fecha: 23/09/2018 – 25/09/2019

Paciente masculino de 41 años con diagnóstico de pancreatitis aguda + colelitiasis + quiste hepático en su décimo día de hospitalización permanece con leve dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho, niega alza térmica.

Paciente con cuadro anteriormente mencionado se mantiene a la espera de resolución quirúrgica

Al examen físico:

Paciente consciente, orientado, febril, Glasgow 15/15, piel con ligero tinte icterico

Se obtiene resultados de marcadores tumorales los cuales reportan:

Tabla 12 Complementarios: marcadores tumorales 20/09/2018

Alfa Feto Proteína	2.0
Antígeno Carcinoembrionario	1.66
CA 199	0.6

Elaborado por: Quelal Zurita, Alex Dario

Fuente: Historia clínica del paciente

Indicaciones:

1. Se continua con iguales indicaciones hasta el reporte de chequeo prequirúrgico

Fecha: 26/09/2018

Paciente masculino de 41 años con diagnóstico de pancreatitis aguda + colelitiasis + quiste hepático en su doceavo día de hospitalización permanece con leve dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho, niega alza térmica.

Se realiza chequeo prequirúrgico en el cual medicina interna menciona que paciente posee un riesgo quirúrgico intermedio además de tener una escala de Goldman I ASA II por lo que se planifica resolución quirúrgica

Al examen físico:

Paciente consciente, orientado, febril, Glasgow 15/15, piel con ligero tinte icterico

Ojoso: pupilas isocóricas norma reactivas a la luz y acomodación,

Nariz: Fosas nasales permeables

Boca: Mucosas orales semihúmedas

Abdomen: Suave depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio y flanco derecho

Indicaciones:

1. Dieta líquida y nada por vía oral desde las 22:00
2. Control de Signos Vitales
3. Dispositivo intravenoso sin heparina
4. Ceftriaxona 1 gramo intravenoso cada 12 horas Día 8
5. Metronidazol 500 miligramos intravenoso cada 8 horas Día 7
6. N-Butilescopolamina 20 mg intravenoso cada 8 horas
7. Tramadol 100 mg intravenoso diluido y lento en 100 ml de solución salina al 0.9% cada 12 horas
8. Consentimiento informado
9. Insumos
10. Novedades

Fecha: 27/09/2018

Paciente con cuadro clínico ya mencionado el cual ya con el reporte de medicina interna de chequeo prequirúrgico se planifica su resolución

Al examen físico:

Paciente consciente, orientado, febril, Glasgow 15/15, piel con ligero tinte icterico

Ojoso: pupilas isocóricas norma reactivas a la luz y acomodación,

Nariz: Fosas nasales permeables

Boca: Mucosas orales semihúmedas

Abdomen: Suave depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio y flanco derecho

Indicaciones:

1. Pase a quirófano según programación

Una vez explicado el procedimiento y posibles complicaciones paciente firma consentimiento informado para la autorización de la cirugía.

PROTOCOLO QUIRÚRGICO

Diéresis:

- ✓ Puerto I: Transumbilical para trocar de 10 mm
- ✓ Puerto II: Subxifoideo para trocar de 10 mm
- ✓ Puerto III: Subcostal derecho para trocar de 5 mm
- ✓ Puerto IV: Flanco derecho para trocar de 5 mm

Exposición: Formación de Neumoperitoneo

Procedimiento Operatorio

Se realiza la asepsia y antisepsia adecuada para la intervención quirúrgica, posterior a lo cual se procede a la colocación de campos estériles, se procede a realizar diéresis en puertos transumbilical, subxifoideo, subcostal y flanco derecho para proceder a la colocación de trocares, con la ayuda de trocar I localizado en el puerto transumbilical se procede a la formación de neumoperitoneo, en primera instancia se identifica a plastrón vesicular y su liberación, con lo que ayuda a la identificación del conducto cístico al que se le realiza doble clipaje proximal y uno distal con clip de titanio que facilita su corte, se realiza la identificación de la arteria cística anterior a la cual se le realiza de igual manera doble clipaje con clip de titanio y se procede a su corte, el mismo procedimiento se realiza con la arteria cística posterior, una vez realizado esto se realiza la liberación de la vesícula biliar del lecho vesicular, una vez hecho esto se hace control de hemostasia con la ayuda de polímero de celulosa oxidada, se procede luego a la identificación del quiste

hepático para su drenaje el cual fue de aproximadamente 2500 cc una vez hecho esto se realiza el destechamiento del mismo y se coloca dren de Jackson Pratt en segmento hepático V y VIII, controlado el sangrado se procede a lavado y secado de la cavidad y luego al cierre por planos.

Paciente en su transquirúrgico y postquirúrgico en sala de recuperaciones no presentó ninguna complicación.

Exploración y Hallazgos Quirúrgicos:

1. Plastrón vesicular conformado por epiplón, hígado y vesícula
2. Vesícula Biliar distendida de paredes gruesas que mide 12x8x7 cm de diámetro con liquido purulento y múltiples litios en su interior
3. Arteria Cística anterior y posterior
4. Vía biliar macroscópicamente normal
5. Conducto cístico corto y ancho
6. Presencia de Quiste Hepático que abarca segmento IV – V – VIII con líquido purulento de aproximadamente 2500 cc

Indicaciones

1. Nada por vía oral
2. Control de signos vitales
3. Control y cuantificación de drenaje
4. Lactato Ringer 1000 ml intravenoso pasar 100 ml/H
5. Tramadol 50 mg intravenoso cada 8 horas diluido y lento
6. Metoclopramida 10 mg intravenoso cada 8 horas
7. Ketorolaco 30 mg intravenoso cada 8 horas
8. Ceftriaxona 2 gramos intravenoso cada 12 horas Día 9
9. Metronidazol 500 mg intravenoso cada 8 horas Día 8
10. Ranitidina 50 mg intravenoso cada 12 horas
11. Novedades

Fecha: 28/09/2018

Paciente masculino de 41 años con diagnóstico postquirúrgico de piocolecisto + quiste hepático gigante en su primer día postquirúrgico con evolución clínica favorable, signos vitales dentro de parámetros normales hemodinámicamente estable permanece con leve dolor abdominal en zona quirúrgica

Al examen físico:

Paciente consciente, orientado, febril, Glasgow 15/15, piel con ligero tinte ictérico

Ojoso: pupilas isocóricas norma reactivas a la luz y acomodación,

Nariz: Fosas nasales permeables

Boca: Mucosas orales semihúmedas

Abdomen: Suave depresible, doloroso a la palpación profunda de forma difusa, presencia de herida de puertos Transumbilical, Subxifoideo, Subcostal y Flanco derecho con puntos de sutura sin señales de inflamación ni infección presencia de dren de Jackson Pratt con producción de líquido serohemático

Indicaciones

1. Dieta líquida
2. Control de signos vitales
3. Control y cuantificación de drenaje
4. Control de ingesta y excreta
5. Lactato Ringer 1000 ml intravenoso pasar 100 ml/H
6. Tramadol 100 mg intravenoso cada 8 horas diluido y lento
7. Metoclopramida 10 mg intravenoso cada 8 horas
8. Ketorolaco 30 mg intravenoso cada 8 horas
9. Ceftriaxona 2 gramos intravenoso cada 12 horas Día 10
10. Metronidazol 500 mg intravenoso cada 8 horas Día 9
11. Ranitidina 50 mg intravenoso cada 12 horas
12. Novedades

Fecha: 29/09/2018

Paciente masculino de 41 años con diagnóstico postquirúrgico de piocolecisto + quiste hepático gigante en su segundo día postquirúrgico con evolución clínica favorable, signos vitales dentro de parámetros normales hemodinámicamente estable permanece con leve dolor abdominal en zona quirúrgica

Al examen físico:

Paciente consciente, orientado, febril, Glasgow 15/15, piel con ligero tinte icterico

Abdomen: Suave depresible, doloroso a la palpación profunda de forma difusa, presencia de herida de puertos Transumbilical, Subxifoideo, Subcostal y Flanco derecho con puntos de sutura sin señales de inflamación ni infección presencia de dren de Jackson Pratt con producción de líquido serohemático

Indicaciones

1. Dieta Líquida
2. Control de signos vitales
3. Control y cuantificación de drenaje
4. Control de ingesta y excreta
5. Lactato Ringer 1000 ml intravenoso pasar 100 ml/H
6. Tramadol 100 mg intravenoso cada 8 horas diluido y lento
7. Metoclopramida 10 mg intravenoso cada 8 horas
8. Ketorolaco 30 mg intravenoso cada 8 horas
9. Ceftriaxona 2 gramos intravenoso cada 12 horas Dia 11
10. Metronidazol 500 mg intravenoso cada 8 horas Día 10
11. Ranitidina 50 mg intravenoso cada 12 horas
12. Novedades

Fecha: 30/09/2018

Paciente masculino de 41 años con diagnóstico postquirúrgico de piocolecisto + quiste hepático gigante en su tercer día postquirúrgico con evolución clínica favorable, signos

vitales dentro de parámetros normales hemodinámicamente estable permanece con leve dolor abdominal en zona quirúrgica, con buena tolerancia oral.

Al examen físico:

Paciente consciente, orientado, febril, Glasgow 15/15, piel con ligero tinte icterico

Abdomen: Suave depresible, doloroso a la palpación profunda de forma difusa, presencia de herida de puertos Transumbilical, Subxifoideo, Subcostal y Flanco derecho con puntos de sutura sin señales de inflamación ni infección presencia de dren de Jackson Pratt con producción de líquido serohemático de escasa cantidad, ruidos hidroaéreos presentes

Indicaciones

1. Se suspende hidratación intravenosa y se cambia a Dispositivo intravenoso sin heparina + cuidados
2. Resto se continua con iguales indicaciones

Fecha: 01/10/2018

Paciente masculino de 41 años con diagnóstico postquirúrgico de piocolecisto + quiste hepático gigante en su cuarto día postquirúrgico con evolución clínica favorable, signos vitales dentro de parámetros normales hemodinámicamente estable permanece con leve dolor abdominal en zona quirúrgica

Al examen físico:

Abdomen: Suave depresible, doloroso a la palpación profunda de forma difusa, presencia de herida de puertos Transumbilical, Subxifoideo, Subcostal y Flanco derecho con puntos de sutura sin señales de inflamación ni infección presencia de dren de Jackson Pratt con producción de líquido serohemático de moderada cantidad, ruidos hidroaéreos presentes

Indicaciones

1. Se cambia tolerancia a dieta blanda
2. Resto se continua con iguales indicaciones

Fecha: 02/10/2018

Paciente masculino de 41 años con diagnóstico postquirúrgico de piocolecisto + quiste hepático gigante en su cuarto día postquirúrgico con evolución clínica favorable, signos vitales dentro de parámetros normales hemodinámicamente estable refiere que dolor ha disminuido en comparación a días anteriores.

Paciente con evolución postquirúrgica y clínica adecuada, se mantiene cumpliendo esquema antibiótico, no ha presentado alzas térmicas, signos vitales han permanecido dentro de parámetros normales con estabilidad hemodinámica por lo que es valorado y se decide su alta

Al examen físico:

Abdomen: Suave depresible, doloroso a la palpación profunda de forma difusa, presencia de herida de puertos Transumbilical, Subxifoideo, Subcostal y Flanco derecho con puntos de sutura sin señales de inflamación ni infección presencia de dren de Jackson Pratt sin producción

Indicaciones de alta

1. Retiro de drenaje
2. Dieta general hipo grasa
3. Ibuprofeno 400 mg vía oral cada 8 horas por 5 días
4. Diclofenaco sódico 50 mg vía oral cada 12 horas por 5 días
5. Metronidazol 500 mg vía oral cada 8 horas por 7 días
6. Ciprofloxacino 500 mg vía oral cada 12 horas por 7 días
7. Control por consulta externa
8. Novedades

Paciente que egresa del hospital con evolución postquirúrgica favorable y se realiza control por consulta externa con tomografía de control en la cual no se evidencia signos de colección ni liquido libre abdominal ni peri hepática, si señales de compromiso orgánico.

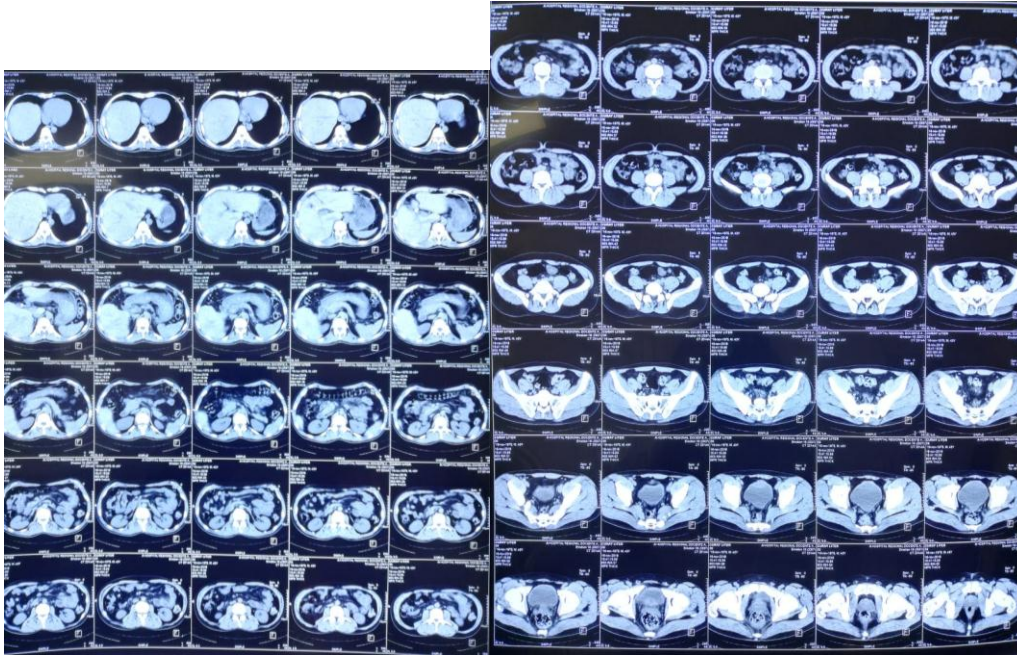


Imagen No3: Tomografía Axial computarizada de Abdomen de Control

Se realiza estudio histopatológico de muestras obtenidas en procedimiento quirúrgico el cual reporta:

Descripción macroscópica:

Resultado como: VESÍCULA BILIAR: Se recibe vesícula biliar abierta a nivel de fondo que mide 8.5 x 3 x 1 cm, la serosa es blanquecina con área hemorrágica. Al completar el corte el espesor parietal varía entre 0.3 y 0.6 cm. La mucosa es aterciopelada marrón, con punteado amarillento, la luz se encuentra ocupada por barro biliar de aspecto hemático. No se recibe cálculos. No se aísla ganglio cístico

Diagnostico:

- Colecistitis Crónica
- Colesterosis
- Presencia de barro biliar

Descripción macroscópica:

Resultado como: QUISTE HEPÁTICO: Se recibe 1 formación quística abierta que mide 5x3x0.5 cm. La superficie externa es amarillenta, lisa con zonas erosionadas. Al corte el espesor parietal es de 0.4 cm y la superficie interna es de aspecto granular grisácea

Descripción microscópica:

Los cortes histológicos muestran pared de formación quística revestida por epitelio plano cubierto por material hemático y abundantes histiocitos. La pared contiene tejido fibrótico y hemosiderófagos.

DIAGNÓSTICO:

- Formación quística del hígado
- Quiste solitario hepático con cambios reparativos.

DESARROLLO TEÓRICO DEL TEMA

ANATOMÍA

El hígado de un ser humano en condiciones normales se caracteriza por ser de color marrón y además posee una superficie externa lisa. Posee un peso de aproximadamente 1400 g en mujeres y llegando a 1800 g en hombres, esto quiere decir que corresponde al 2 % del peso de una persona en edad adulta.²

El hígado posee un aporte sanguíneo fundamental del cual corresponde: el 80 % que proviene de la vena porta, la cual se origina en el bazo y el intestino, y el otro 20 % es sangre que procede de la arteria hepática es decir sangre oxigenada.²

El hígado se encuentra fijado a la pared abdominal mediante sus componentes de fijación los cuales son:

El ligamento redondo que posee la vena umbilical, suspensorio, coronales y triangulares derecho e izquierdo; también encontramos el ligamento hepatogástrico y hepatoduodenal, que junto a esto se añade la vena cava y el pedículo hepático, que se encuentra conformado por la vena porta, la arteria hepática propia y el conducto colédoco.³

DIVISIÓN ANATÓMICA DEL HÍGADO

Según su ubicación el hígado posee sus relaciones peritoneales, es así como se localiza en el compartimiento supramesocólico, pero también ocupa una parte del inframesocólico.²

De acuerdo con la clasificación de Couinaud, el hígado se encuentra dividido en ocho segmentos funcionales los cuales poseen su irrigación vascular arterial y a su vez poseen un drenaje venoso y linfático.⁴

Las cisuras propias del hígado que dividen cada segmento se encuentran conformadas por tres organizaciones vasculares verticales que pertenece a cada vena suprahepática que son tres y por las tres ramas horizontales portales.⁴

Los dos lóbulos hepáticos, el derecho e izquierdo se encuentran divididos por la vena suprahepática media. Es así como el lóbulo izquierdo es dividido en dos segmentos por la vena suprahepática izquierda:

El segmento medial que corresponde al segmento IV y el segmento lateral. Este segmento, también está dividido por la rama de la vena porta izquierda del segmento lateral en los segmentos II (craneal) y III (caudal).³

En el lóbulo hepático derecho, la vena suprahepática derecha diferencia a los segmentos VIII y V de los segmentos VII y VI. La porción de la rama derecha de la vena porta divide el segmento VIII (craneal) del V (caudal) por su parte la rama posterior de la vena porta derecha, separa el segmento VII (craneal) del VI (caudal).³

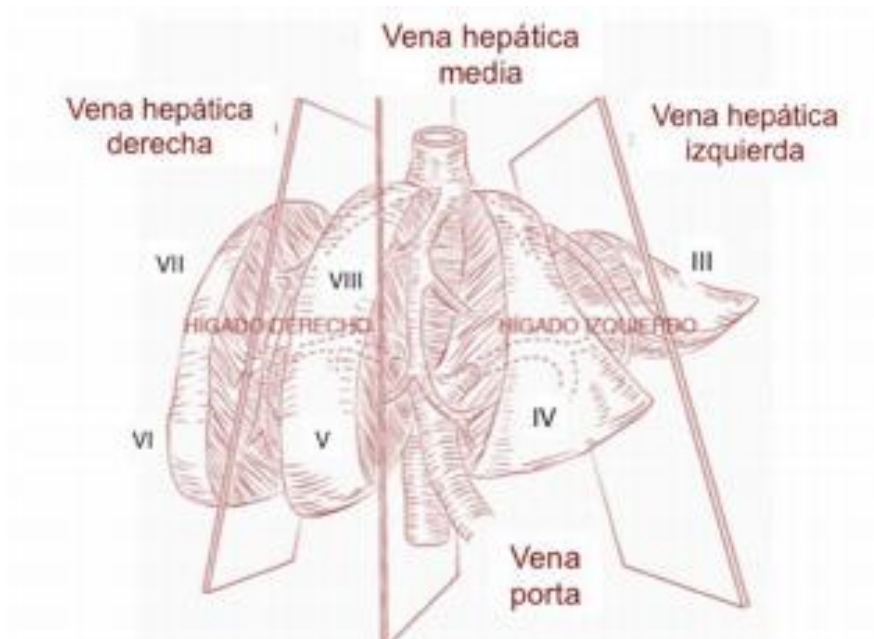


Imagen No 4: División y segmentos hepáticos

Fuente: MANTEROLA, C.; DEL SOL, M.; OTTONE, N. & OTZEN, T. Anatomía quirúrgica y radiológica del hígado. Fundamentos para las resecciones hepáticas. Int. J. Morphol., 35(4):1525-1539, 2017

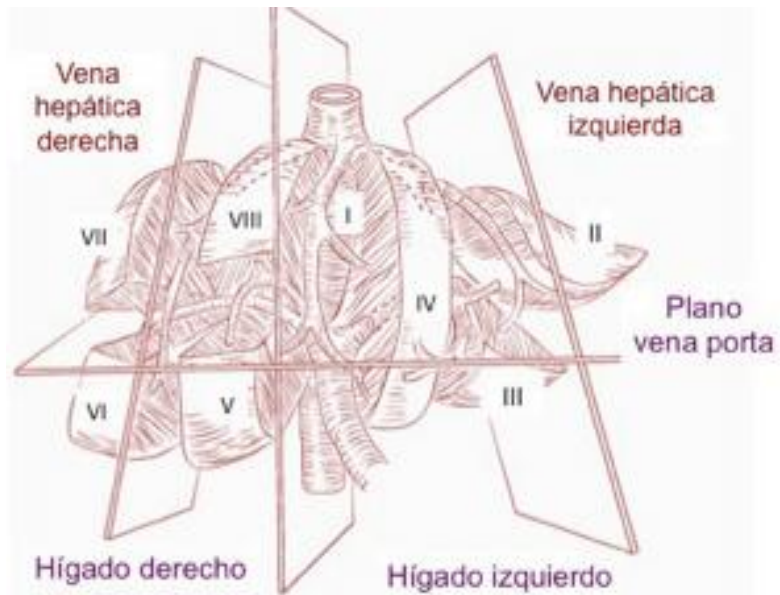


Imagen No 5: División y segmentos hepáticos

Fuente: MANTEROLA, C.; DEL SOL, M.; OTTONE, N. & OTZEN, T. Anatomía quirúrgica y radiológica del hígado. Fundamentos para las resecciones hepáticas. *Int. J. Morphol.*, 35(4):1525-1539, 2017

QUISTES HEPÁTICOS

GENERALIDADES

La denominación de quiste se le atribuye a todo tipo de lesión que presente en su interior o este ocupado por cualquier tipo de líquido. Cuando su localización este en el hígado adopta el calificativo de quiste hepático.⁵

Los quistes hepáticos no hidatídicos se encuentran asociados a un conjunto diverso de trastornos que se van a diferenciar en la etiología, prevalencia y también en las distintas manifestaciones clínicas.⁶

Teniendo así que el quiste hepático simple es el que con mayor frecuencia se puede encontrar. El mayor porcentaje de los quistes simples son un hallazgo secundario en la realización de una prueba de imagen destinada a otra causa no relacionada y de estos hallazgos son escasos los que presentan sintomatologías o se asocian con otro tipo de complicaciones, por lo que no amerita cirugía mayor para ellos.⁷

Los quistes hepáticos simples por lo general suelen ser asintomáticos en un 3% de toda la población. Varios autores mencionan que su frecuencia es del 14% de la población en general, existe una incidencia en la cual reporta un 0.15 y 0.5% de algunos grupos.⁷

CLASIFICACIÓN

Es posible clasificar a los quistes hepáticos según corresponda su etiología en cuatro grupos que abarcan o comparten una característica en común y estos son: congénitos, neoplásicos, inflamatorios y traumáticos.⁸

Los quistes hepáticos de igual forma se pueden dividir o clasificar en dos grupos:

- No parasitarios
- Parasitarios.

De estos dos grupos los quistes no parasitarios son aquellos con los que más frecuencia podemos encontrar y estos a su vez pueden subdividirse en simples o múltiples.⁸

Poliquistosis hepática en el adulto

Este tipo de quistes es parte del grupo de las enfermedades fibropoliquistica del hígado y, aunque habitualmente los quistes hepáticos son numerosos, no comporta insuficiencia hepática ya que el tejido hepático adyacente es normal. Pueden provocar dolor, distensión abdominal y semiología derivada de la compresión de estructuras vecinas.⁹

EPIDEMIOLOGÍA

Previo a la utilidad de los métodos de imágenes como ayuda diagnóstica, los quistes hepáticos se descubrieron de forma quirúrgica. Estudios realizados en los años de 1954 y 1971 reveló que la incidencia de los quistes hepáticos era de 17 en 10.000 casos.⁹

En estudios recientes se ha demostrado que la prevalencia de los quistes hepáticos oscila entre 15-18% en Estados Unidos. De este porcentaje los quistes simples es una de las entidades más comunes, ya que se encuentra en un porcentaje del 2,5 al 18% de la población. De este porcentaje los quistes congénitos son atribuibles a mujeres en edades entre 40 a 70 años, en cambio que, aquellos quistes adquiridos en los que se incluye los quistes hidatídicos, traumáticos e inflamatorios van a ser más frecuentes en hombres en edades entre 30 a 50 años.⁹

Alrededor del 10-15% de todos los pacientes van a generar algún tipo de síntoma que lleva a que sean atendidos por causa de este quiste. Se puede observar una discreta elevación del componente enzimático hepático, a su vez como la fosfatasa alcalina y la γ -glutamil transferasa.⁹

FISIOPATOLOGÍA

Los quistes simples nacen de forma congénita de aquellas células que se diferencian en el conducto biliar aberrante y poseen un líquido claro parecido a la bilis.¹⁰

Debido a que el epitelio del conducto biliar cubre el revestimiento interno del quiste simple, se plantea la hipótesis de que surgen quistes simples durante la embriogénesis cuando los conductos intrahepáticos no se conectan con los conductos extrahepáticos.¹⁰

Moschowitz, en 1906, mencionó que los conductos biliares aberrantes, se establecen durante la embriogénesis y que los quistes van a ser conformados debido a la acumulación de líquido, se atribuye estola incompleta comunicación entre el árbol biliar de características normales y los ya mencionados conductos.¹¹

SIGNOS Y SÍNTOMAS

En un pequeño porcentaje de pacientes, los signos y síntomas, como dolor abdominal, saciedad temprana, náuseas y vómitos, nacen como un efecto de masa, a su vez también se suele presentar sensación de dolor en tórax o a su vez también suele referirse a hombro derecho, la sensación de palpitations y con menos frecuencia aunque también importante la presencia de ictericia obstructiva o en unos casos también ascitis; de esta forma, la presencia de la sintomatología descrita puede deberse a las complicaciones presentes, como puede ser el caso de hemorragia, rotura y obstrucción biliar, son poco frecuentes y presentan mayor probabilidad de ocurrir en quistes más grandes.^{12, 13}

Identificación de quistes hepáticos infectados.

Para una identificación de quistes hepáticos gigantes se puede decir que son de manera incidental mediante diversas formas de estudios imagenológicos de abdomen, entre ellos tenemos: tomografía axial computarizada, resonancia magnética y también ecografía.

Pero si hallazgos clínicos y muestras de laboratorio son indicativos de sepsis, siempre se debe considerar la posibilidad de la infección de los quistes hepáticos como posible fuente. Una TAC con contraste puede facilitar la identificación de signos de infección, como por ejemplo un realce periférico o edema peri quístico.^{14,15}

USO DE CPRE

La colangiopacreatografía retrograda endoscópica fue mencionada a inicios de la década de los 70 prácticamente como un método diagnóstico, en el año de 1974 se asoció la esfinterotomía asociada a cálculos biliares así dando más apertura terapéutica a la Colangiopacreatografía retrograda endoscópica.¹⁶

Antes de la realización de la CPRE, se debe llevar a cabo una anamnesis adecuada del paciente que permite conocer la causa fundamental por la que ha sido indicada, se debe evaluar las enfermedades asociadas que puedan influenciar en la realización de este procedimiento así también como en la sedación. Es de suma importancia el conocer las distintas técnicas quirúrgicas previas del paciente que puedan condicionar el procedimiento, saber cuáles son los exámenes complementarios y exámenes de imágenes previos para una correcta realización de la CPRE.^{16,17}

Indicaciones de CPRE

La CPRE tiene como principal indicación en la presencia de ictericia de origen obstructivo así tenemos por ejemplo en la coledocolitiasis, el cual fue el indicativo para nuestro paciente, además es prudente realizar cuando se presenta signos de estenosis, de esta manera se puede establecer con más claridad la etiología y topografía exacta en la que se puede encontrar la obstrucción.¹⁷

En un principio estaba indicada para el diagnóstico de enfermedades pancreáticas, hoy en día la CPRE es usada como un estudio de imagen de forma directa de manera de un estudio complementario mínimamente invasivo a su vez con apoyo de otros estudios como la TAC o la realización de ecográfica para la realización de intervención en el caso de la presencia de estenosis o evidencia de cálculos pancreáticos.¹⁶

El diagnóstico de pancreatitis aguda suele ser común en paciente con cuadro típico de dolor abdominal en cinturón, algunos casos llegan a ser graves. La etiología es muy diversa, pero uno de los principales factores son la presencia de cálculos biliares. El beneficio de la realización de la CPRE en la presencia de cálculos biliares que originan pancreatitis ha sido estudiado en varias ocasiones y aunque aún se tiene criterios divididos, los estudios indican y recomiendan el uso en situaciones específicas.¹⁶

Por eso según la revisión de la bibliografía encontramos que en un metaanálisis ejecutado por Petrov y col. menciona que la CPRE está indicada para erradicar la presencia de cálculos en el ducto biliar en aquellos pacientes con pancreatitis severa o quienes se le diagnostique colangitis, a su vez también en pacientes que tiene pocos criterios para la

realización de una colecistectomía o que se encuentran post-colecistectomía y aquellos con evidencia fuerte de obstrucción biliar persistente.^{16,17}

TRATAMIENTO

En gran parte de los casos, los quistes hepáticos no parasitarios no presentan la necesidad de un tratamiento radical, prácticamente se debe realizar el seguimiento de forma expectante por lo que se debe realizar una ecografía seriada. Cuando se decida realizar tratamiento quirúrgico se debe tomar en cuenta que hoy en día está indicado solo para los quistes con un diámetro ≥ 6 cm, también para aquellos con síntomas asociados o que muestran un mayor diámetro en la monitorización con ultrasonido.¹²

En años anteriores, como tratamiento tradicional para la presencia de quistes hepáticos, el más aceptado era la cirugía.

Se han llevado a cabo diversas técnicas quirúrgicas, una de ellas la más convencional era la cistectomía abierta, también a eso se optaba por la cistoenterostomía e inclusive la resección hepática. Hoy en día, las técnicas quirúrgicas menos invasivas, incluido también la limpieza de quistes laparoscópica se muestran como opciones destacadas en relación con las cirugías abiertas.¹³

También es comúnmente el uso de la escleroterapia percutánea tiene una alta tasa de éxito inicial (80% a 100%) y tiene la ventaja de que no requiere anestesia general. Pero a pesar de ello la tasa de recurrencia no es infrecuente y la infección y la fistulación biliar son muy probables.¹⁸

De todo el abanico de técnicas una de la más usada es la marsupialización, también se habla de la hepatectomía parcial, la cistectomía o el destechamiento parcial del quiste. Convencionalmente, el tratamiento de los quistes no parasitarios sería mediante resección parcial o total mediante laparotomía, pero se ha demostrado que la cirugía mínimamente invasiva es eficaz para tratar este tipo de enfermedad teniendo una efectividad del 75 al 85% en comparación a otras técnicas utilizadas, todo esto es favorable ya que las paredes del quiste no parenquimatoso no están cubiertas y el contenido del quiste se drena.^{18, 19}

Desde que se estableció la técnica exclusiva del destechamiento o bien llamado procedimiento de Mabit-Lagrot y drenaje del quiste, se ha convertido en el tratamiento

más optado por los cirujanos para proceder al tratamiento de la poliquistosis hepática y quistes simples del hígado.⁷

Hoy en día con el avance tecnológico se permite un abordaje mínimamente invasivo para el manejo de los quistes. También existe recomendaciones en las que la punción guiada por imagenología debe utilizarse sólo para los pacientes con alto riesgo para la intervención quirúrgica.⁷

CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Tabla 13: Esquematización de las oportunidades de mejora

PUNTO CRÍTICO	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
Carencia de sustentación bibliográfica sobre la patología que limita su manejo oportuno	La necesidad de fuentes bibliográficas relacionadas con el tema que aporten conocimientos actualizados para su óptimo manejo tanto como diagnóstico como terapéutico	Ofrecer información sobre la patología mencionada basándose en artículos científicos actualizados y en fuentes bibliográficas relacionados con el reporte de casos similares, que ayuden y sean útiles como guía para las distintas prácticas clínicas
Identificación precoz de la patología para su pronta resolución y seguimiento futuro	Realizar una anamnesis de calidad para la identificación y el diagnóstico de la patología para su correcta intervención, manejo y evitar futuras complicaciones	Instruir e incentivar al equipo médico sobre la importancia de una correcta anamnesis y lo importante de esta para el correcto manejo y diagnóstico de la patología
Falta de información sobre datos que ayuden al seguimiento clínico, diagnóstico y terapéutico	Aplicar un esquema en el que se especifique los pasos de un correcto examen físico cuya utilidad es de suma importancia para complementar y correlacionar una hipótesis diagnóstica, a su vez de la valoración de la evolución del paciente	Mejorar la evaluación clínica del paciente realizando un examen físico óptimo que aporte datos significativos al momento de resolver dudas diagnósticas, además de la correcta valoración del paciente en su instancia hospitalaria
Necesidad de dotar de recursos necesarios para realizar los estudios complementarios que aporten datos significativos para establecer un diagnóstico oportuno y así tomar una decisión terapéutica	Indicar las necesidades de recursos para la realización de pruebas complementarias que sean de utilidad y ayuden a la identificación oportuna de la patología, realizando un uso de los distintos recursos de forma óptima, a su vez una respuesta eficaz por parte del personal a cargo del reporte de dichos resultados	Notificar al personal de gerencia y administración encargados de la obtención de recursos hospitalarios, la necesidad de contar con medios suficientes para la realización de pruebas complementarias que ayuden a la optimización de una atención eficaz y oportuna a su vez para poder realizar un seguimiento de la evolución del paciente

III. CONCLUSIONES

- Con el presente análisis de caso clínico se logró caracterizar a pacientes que presentan quistes hepáticos gigantes basándose en su forma de presentación, es decir, el cuadro clínico de la patología y los resultados de exámenes complementarios.
- Tras el análisis del caso clínico y la revisión bibliográfica respectiva se puede acotar que los factores de riesgo para el desarrollo de un quiste hepático gigante de las características detalladas, en este caso no hidatídico, son de orden genético, la predisposición a su desarrollo no está clara y no se puede esclarecer si algún factor sea el causante o el principal promotor al desarrollo de este tipo de quistes.
- Es importante reconocer el manejo integral y el uso adecuado de los métodos diagnósticos y terapéuticos al momento del tratamiento de casos similares al detallado. Es por eso por lo que la solicitud de un estudio de imagen adecuado en este caso la Tomografía Axial Computarizada es esencial para establecer el diagnóstico pertinente para poder tomar una decisión óptima, el uso de exámenes como marcadores tumorales también es fundamental ya que puede guiarnos al posible origen del quiste y hacer el seguimiento paulatino, incluso tras la resolución terapéutica nos ayuda para el seguimiento y evaluación del paciente.
- Tras analizar la clínica y las complicaciones que tuvo el paciente del presente caso clínico se puede destacar que el paciente presentaba deterioro del estado general y no es posible atribuir si fue por el proceso pancreático o la presencia en si del quiste hepático ya que varias fuentes bibliográficas atribuyen el deterioro hemodinámico tras la presencia de una coinfección del quiste hepático además de generar colangitis e incluso la misma pancreatitis pudo ser como complicación de la presencia del quiste hepático .
- En el caso detallado con anterioridad, como hallazgo incidental tras la evaluación clínica e imagenológica, se estableció el diagnóstico de quiste hepático gigante por lo que se propuso el manejo terapéutico correspondiente por lo que se procedió al destechamiento y drenaje del quiste. Después de la intervención quirúrgica y un seguimiento del paciente, fue notable la mejoría

hemodinámica del paciente es así como a pesar de varias limitantes de la patología es posible hacer una terapia en la que pueda resolverse y mejorar en si del cuadro.

IV. RECOMENDACIONES

- La importancia del conocimiento sobre la terapéutica de casos similares al estudiado es de suma importancia por lo que se encuentra sumamente necesario el ofrecer información sobre la patología basándose en artículos científicos actualizados y en fuentes bibliográficas relacionados con el reporte de casos similares, que ayuden y sean útiles como guía para las distintas prácticas clínicas.
- Con el paso del tiempo no se debe dejar de hacer énfasis en la importancia del correcto empleo que proporciona la historia clínica por eso es fundamental la insistencia de instruir e incentivar al equipo médico sobre la realización de una correcta anamnesis y lo significativa de esta para el correcto manejo y diagnóstico de la patología
- Es crucial impulsar a todo el equipo de salud a cargo de la atención del paciente sobre la importancia de una correcta solicitud de pruebas complementarias que ayuden a la optimización de una atención eficaz y oportuna a su vez para poder realizar un seguimiento de la evolución del paciente.
- Por todo lo mencionado se recomienda realizar un trabajo que correlacione el cuadro clínico con los exámenes complementarios esenciales que lleven a un diagnóstico y manejo oportuno de pacientes con quistes hepáticos gigantes o cualquier tipo de patología es vital para la mejoría y recuperación optima, así se asegura una mejor calidad de vida y se reduce el riesgo de morbilidad.

V. BIBLIOGRAFÍA

1. Macho Pérez, O., Gómez Pavón, J., Núñez González González, A., Narvaiza Grau, L., & Albéniz Aguiriano, L. (2007). Quiste hepático simple gigante como causa de disnea en paciente de 93 años. *Anales de Medicina Interna*, 24(3), 135-137.
2. Sibulesky, L. (2013). Anatomía normal del hígado. *Clinical Liver Disease*, 2(S4).
3. MANTEROLA, C.; DEL SOL, M.; OTTONE, N. & OTZEN, T. Anatomía quirúrgica y radiológica del hígado. *Fundamentos para las resecciones hepáticas. Int. J. Morphol.*, 35(4):1525-1539, 2017
4. Ramos, E. P., & Poggio, M. C. (2008). Anatomía del abdomen mediante tomografía computarizada. *Revista española de medicina nuclear*, 27(1), 47-60.
5. Vázquez Romero, M. (2010). Quistes hepáticos en el adulto. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 102(2), 143. Disponible en: www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082010000200010&lng=es&tlng=es.
6. Ruiz-Tovar, J., López-Buenadicha, A., Moreno-Caparros, A., & Vázquez-Garza, J. N. (2012). Manejo quirúrgico de los quistes hepáticos simples. *Cirugía y Cirujanos*, 80(1).
7. García, J. J. C., Ocampo, J. L. C., Merino, G. L., González de la Mora, J. J., Ocampo, S. C., Badillo, E. B., & Velasco, G. B. (2012). Quiste hepático gigante simple, manejo con cirugía de mínima invasión. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 10(3), 137-139.
8. Díaz Girón Gidi, Alejandro & González Chávez, Mario & Cornejo, Daniel & Manuel Vélez-Pérez, Francisco & Espino-Urbina, Luis & Visag-Castillo, Víctor & Contreras, Alan. (2015). Quiste hepático gigante simple. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Invest Med Sur*. 22. 94-98.
9. Rawla, P., Sunkara, T., Muralidharan, P., & Raj, J. P. (2019). An updated review of cystic hepatic lesions. *Clinical and experimental hepatology*, 5(1), 22–29. doi:10.5114/ceh.2019.83153
10. Ruso Martinez, L., Gonzalez, F., & Valsangiacomo, P. (2014, febrero). Cistos hepaticos. Recuperado 22 abril, 2019, de https://www.researchgate.net/publication/260094252_Cistos_hepaticos
11. Lantinga, M. A., Gevers, T. J., & Drenth, J. P. (2013). Evaluation of hepatic cystic lesions. *World journal of gastroenterology*, 19(23), 3543–3554. doi:10.3748/wjg.v19.i23.3543
12. Carvalho, G., Góes, G., Furtado, R., Cordeiro, R., & Eduarda, Q. C. (2019). Resection of giant hepatic cyst by hybrid minilaparoscopy. *Journal of Minimal Access Surgery*, 15(2), 167-169. doi: http://dx.doi.org/10.4103/jmas.JMAS_68_18
13. Gentile L, Delicia Inés. (2012). Hallazgo incidental de un quiste hepático no parasitario gigante. *Revista médica de Chile*, 140(7), 954-955. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000700021>
14. Sayma, M., Walters, H. R. F., Hesford, C., Tariq, Z., & Nakhosteen, A. (2019). Rapidly enlarging, giant hepatic cyst growing pseudomonas. *BMJ Case Reports*, 12(4) doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2018-226276>

15. Akhan, O., Islim, F., Balci, S., Erbahceci, A., Akpinar, B., Ciftci, T., & Akinci, D. (2016). Percutaneous treatment of simple hepatic cysts: The long-term results of PAIR and catheterization techniques as single-session procedures. *Cardiovascular and- Interventional Radiology*, 39(6), 902-908. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00270-015-1283-0>
16. LA Artifon, Everson, Tchekmedyan, Asadur Jorge, & Aguirre, Pedro Alonso. (2013). Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: una técnica en permanente evolución. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 33(4), 321-327. Recuperado en 09 de julio de 2019, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292013000400006&lng=es&tlng=es.
17. Pinto, Pedro, Gaete, Sergio, & Vega, Patricia. (2016). Utilidad de la CPRE en el diagnóstico y manejo de las complicaciones biliares de la enfermedad hidatídica hepática. *Revista chilena de cirugía*, 68(4), 283-288. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.01.003>
18. Cheung, F. K., Lee, K. F., John, W., & Lai, P. B. (2015). Emergency laparoscopic unroofing of a ruptured hepatic cyst. *JSLs: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 9(4), 497-499.
19. Carvalho, G. L., Góes, G., Furtado, R., Cordeiro, R. N., & Calheiros, E. (). Resection of giant hepatic cyst by hybrid minilaparoscopy. *Journal of minimal access surgery*, 15(2), 167-169. Advance online publication. doi: 10.4103/jmas.JMAS_68_18

BIBLIOGRAFÍA IMÁGENES

FIGURA 1: MANTEROLA, C.; DEL SOL, M.; OTTONE, N. & OTZEN, T. Anatomía quirúrgica y radiológica del hígado. Fundamentos para las resecciones hepáticas. *Int. J. Morphol.*, 35(4):1525-1539, 2017

FIGURA 2: MANTEROLA, C.; DEL SOL, M.; OTTONE, N. & OTZEN, T. Anatomía quirúrgica y radiológica del hígado. Fundamentos para las resecciones hepáticas. *Int. J. Morphol.*, 35(4):1525-1539, 2017