

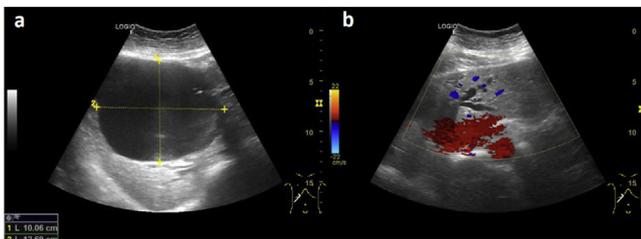
## CARTA CLÍNICA

### Hipertransaminasemia por quiste hepático simple

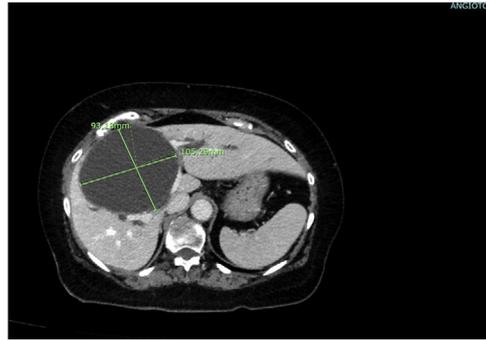


### Hypertransaminasemia due to simple liver cyst

Mujer de 83 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, depresión, dispepsia, estreñimiento crónico y lumbalgia crónica secundaria a estenosis de canal intervenida, en tratamiento con enalapril/hidroclorotiazida 20/12,5 mg, simvastatina 10 mg, omeprazol 20 mg, plantago ovata, escitalopram 5 mg, pregabalina 75 mg, paracetamol 1.000 mg y metamizol 575 mg. Acude al centro de salud para realizarse una analítica de control anual, donde se objetiva GPT 184 U/L, GOT 199 U/L, GGT 804 U/L y FA 244 U/L. No presenta síntomas gastrointestinales recientes, fiebre ni síndrome constitucional. En la exploración física el abdomen es blando, depresible, con ruidos hidroaéreos presentes, no se palpan masas ni megalias ni existen signos de peritonismo. Se decide programar una ecografía en el centro de salud y repetir la analítica con serologías, que muestra elevación de enzimas hepáticas respecto a la previa (GPT 185 U/L, GOT 234 U/L, GGT 1.064 U/L y FA 388 U/L), siendo el resto normal (incluido las serologías de VHB, VHC, VIH, CMV y VEB negativas). La ecografía abdominal evidencia un hígado de tamaño normal con ecoestructura conservada, con una gran lesión quística, no vascularizada, de 12,69 × 10,06 cm, que dilata la vía biliar adyacente (fig. 1). Ante estos hallazgos se remite de forma preferente a gastroenterología, donde confirman el diagnóstico mediante angioTAC abdominal (fig. 2). Con el diagnóstico de quiste hepático simple complicado con obstrucción de la vía biliar se deriva a cirugía general. Teniendo en cuenta la edad de la paciente y la ausencia de síntomas, se adopta una actitud expectante, realizando revisiones periódicas.



**Figura 1** Gran lesión quística en lóbulo hepático derecho, de 12,69 × 10,06 cm (a), que dilata la vía biliar (b).



**Figura 2** AngioTAC abdominal que muestra gran lesión quística hepática, que ejerce efecto de masa sobre la bifurcación portal y produce dilatación de la vía biliar intrahepática.

La paciente firmó el consentimiento informado para la publicación de su caso.

Los quistes hepáticos simples son lesiones saculares de paredes finas de contenido líquido, que pueden ser congénitos o adquiridos. Los primeros surgen de la exclusión congénita o hiperplasia de restos biliares sin contacto con el árbol biliar. Los quistes adquiridos pueden ser de causa traumática, tumoral o inflamatoria, como los quistes hídaticos. Pueden ser únicos o múltiples y se localizan con mayor frecuencia en el lóbulo hepático derecho. La incidencia en población general es del 5% y son más frecuentes en mujeres de más de 50 años<sup>1-3</sup>. La mayoría de quistes hepáticos simples son asintomáticos y se detectan de forma incidental en estudios de imagen abdominal. El 5% presenta síntomas como consecuencia del crecimiento progresivo o la compresión de estructuras adyacentes. El síntoma más frecuente es el dolor abdominal, otros síntomas son distensión abdominal, saciedad posprandial, masa abdominal palpable, náuseas o vómitos<sup>1,4,5</sup>. Aunque las complicaciones son infrecuentes, el quiste simple puede infectarse o sangrar, presentar una rotura espontánea o traumática o comprimir estructuras cercanas, como la vena porta (hipertensión portal) y el colédoco (colestasis)<sup>1,4,6</sup>.

En la actualidad la ecografía abdominal es la técnica más accesible y coste-efectiva para su diagnóstico. Se presenta como una lesión ovalada o circular anecogénica bien delimitada por una pared fina y regular, con sombra acústica posterior. Aunque habitualmente la clínica y la ecografía son suficientes para su diagnóstico, cuando se observan septos, paredes irregulares, calcificaciones o quistes hijos se

recomienda realizar otra prueba de imagen complementaria, como la tomografía computarizada o la resonancia magnética<sup>1,4,6</sup>. Las pruebas de laboratorio suelen ser normales, pero en ocasiones se detecta elevación de enzimas hepáticas (como la fosfatasa alcalina y la gamma-glutamyl transferasa) cuando el quiste está cerca de la zona hilar, produciendo compresión de la misma, como en el caso descrito<sup>1</sup>.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con otras lesiones hepáticas quísticas, como el quiste complicado, el cistoadenoma, el cistoadenocarcinoma, las metástasis quísticas, la enfermedad hepática poliquística y el quiste hidatídico<sup>1,4,6</sup>. La ecografía abdominal es útil para realizar una primera aproximación al diagnóstico diferencial de estas entidades. El quiste complicado suele presentar un patrón en panal de abejas y ecogenicidad aumentada del contenido del mismo. El cistoadenoma y cistoadenocarcinoma pueden ser difíciles de distinguir y se presentan como lesiones multiloculares hipoecogénicas de paredes gruesas con nódulos murales y septos internos. El quiste hidatídico tiene distinto aspecto según la etapa evolutiva en la que se detecte, aunque la imagen más típica corresponde con un quiste de pared gruesa, con calcificaciones, septos y quistes satélites<sup>1,3-6</sup>.

Los quistes hepáticos simples asintomáticos detectados de forma incidental no precisan tratamiento ni seguimiento. El tratamiento está indicado cuando aparecen síntomas persistentes o complicaciones. Se puede realizar punción-aspiración con/sin inyección de agentes esclerosantes, fenestración o destechamiento laparoscópico, quistectomía o resección hepática. La opción terapéutica que actualmente tiene más ventajas es el destechamiento laparoscópico, dado que presenta menos complicaciones quirúrgicas (menor sangrado y dolor postoperatorio) y menor riesgo de recurrencia que la punción-aspiración<sup>3,5,7,8</sup>.

En conclusión, ante la detección de un quiste hepático simple mediante ecografía abdominal es importante realizar un diagnóstico diferencial adecuado con otras lesiones quísticas y conocer las opciones terapéuticas cuando aparecen síntomas o complicaciones.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Bibliografía

1. Shimizu T, Yoshioka M, Kaneya Y, Kanda T, Aoki Y, Kondo R, et al. Management of simple hepatic cyst. *J Nippon Med Sch.* 2022;89:2-8, <http://dx.doi.org/10.1272/jnms.JNMS.2022.89-115>.
2. Herrera Fajes JL, Ortega Lobete O, Carrión Martín L. Protocolo diagnóstico de las lesiones focales hepáticas en el hígado no cirrótico. *Medicine.* 2020;13:693-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2020.06.023>.
3. Carrión Martín L, Márquez Pérez L, Clemente A. Lesiones hepáticas benignas. *Medicine.* 2020;13:678-87, <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2020.06.021>.
4. Babiano Fernández MA, Rodríguez Fernández A. La importancia de la ecografía en atención primaria. *Semergen.* 2016;42:205-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.02.012>.
5. Allue M, Palacios P, Jiménez A. Cuándo y cómo tratar los quistes hepáticos gigantes sintomáticos. *Gastroenterol Hepatol.* 2021;44:226-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.06.018>.
6. Sato T, Imai M, Hayashi K, Isokawa O, Nomura T, Tsuchiya Y, et al. Giant hepatic cyst with septal structure: Diagnosis and management. *Int J Hepatol.* 2013;981975, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/981975>.
7. Kim SR, Lee DS, Park IY. Managements of simple liver cysts: Ablation therapy versus cyst unroofing. *Korean J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2012;16:134-7, <http://dx.doi.org/10.14701/kjhbps.2012.16.4.134>.
8. Mavilia MG, Pakala T, Molina M, Wu GY. Differentiating cystic liver lesions: a review of imaging modalities, diagnosis and management. *J Clin Transl Hepatol.* 2018;6:208-16, <http://dx.doi.org/10.14218/JCTH.2017.00069>.

Á. Redondo-Sendino\*, N. Domínguez-Agüero, A. Villares-López, C.P. Jenkins-Sánchez y H.G. Arvelo-Senior

*Centro de Salud Canillejas, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [aurearedondo@hotmail.com](mailto:aurearedondo@hotmail.com) (Á. Redondo-Sendino).