

Evaluación de 20 años de experiencia y calidad de vida en pacientes con tratamiento quirúrgico para la enfermedad quística del hígado

Dr. Héctor Orozco,* Dr. Miguel Ángel Mercado,* Dr. Carlos A. Hinojosa*

* División de Cirugía, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Correspondencia: Dr. Héctor Orozco Zepeda. Dirección de Cirugía INCMNSZ. Vasco de Quiroga No. 15, Tlalpan. CP. 14000, Méx., DF. Tel./Fax: 5573-93-21.

Recibido para publicación: 17 de enero de 2001.

Aceptado para publicación: 12 de junio de 2001.

RESUMEN. El tratamiento quirúrgico en la enfermedad quística del hígado, debe ser reservado para pacientes con sintomatología importante. El tipo de tratamiento quirúrgico depende del tamaño y localización del o de los quistes. En pacientes con hígado poliquístico y hepatomegalia masiva puede estar indicado el trasplante hepático, con buenos resultados en la supervivencia y calidad de vida (CV). **Objetivo:** observar la evolución en un periodo de 20 años, en tres grupos de pacientes con Enfermedad Quística del Hígado (EQ), que se sometieron a tratamiento quirúrgico y determinar la calidad de vida de los mismos. **Material y método:** en un periodo de 20 años fueron operados 44 pacientes. Los casos se distribuyeron en quistes simples (24 casos), hígado poliquístico (13 casos), cistadenomas (siete casos). Mediante el cuestionario SF-36 (de un año) se evaluó la autopercepción de la CV a través de ocho dominios, agrupados en dos categorías mayores: subescalas de salud física (PCS) y de salud mental (MCS). **Resultados:** el dolor abdominal fue el principal síntoma e indicación de cirugía. La fenestración fue el procedimiento quirúrgico que con mayor frecuencia se realizó. Respecto a la calidad de vida, no se reportaron diferencias significativas en la distribución por diagnóstico y se consideró como buena en todo el grupo. El seguimiento promedio postoperatorio fue de 39 meses. **Conclusión:** el manejo quirúrgico en la EQ debe ser reservado para pacientes con síntomas secundarios a un crecimiento exagerado o complicaciones, como ruptura, infección y hemorragia. Las opciones terapéuticas se deben individualizar en cada paciente. Los resultados de calidad de vida son buenos después del tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: quiste hepático, calidad de vida, fenestración.

SUMMARY. Surgical treatment of liver cystic disease is reserved for symptomatic patients. The surgical approach is chosen according to the size and distribution of the cysts. In patients with massive hepatomegaly secondary to polycystic liver disease, liver transplantation is indicated with excellent results and quality of life. **Objective:** To evaluate over 20-year period, the results in terms of clinical outcome of three groups of patients with cystic liver disease (EQ) who received surgical treatment and to determine postoperative quality of life. **Materials and methods:** In a 20-year period, 44 patients were operated on; 24 had simple liver cyst, 13 had polycystic liver disease, and seven cystadenomas. Using the SF36 questionnaire, self-perception of quality of life was evaluated using eight scales in two major categories: Physical component summary (PCS) and mental component summary (MCS). **Results:** Upper abdominal pain was the main clinical symptom. Fenestration was the most frequent procedure performed. No differences in quality of life were observed in all, while good quality of life was recorded in all groups at a median follow-up of 39 months. **Conclusions:** Surgical treatment of cystic liver disease is reserved for symptomatic patients or complications such as rupture, infection, and hemorrhage. Therapeutic alternatives should be chosen on an individual basis. Good quality of life is obtained after surgery in these patients.

Key words: Liver cyst, quality of life, fenestration.

INTRODUCCIÓN

Los quistes en el hígado pueden ser únicos o múltiples. Los observados con mayor frecuencia son los quistes no parasitarios, la enfermedad poliquística del hígado y los cistoadenomas. Cuando crecen dentro del hígado producen diferentes alteraciones como compresión, disfunción, etc.^{1,2} Los quistes simples tienen una incidencia según series de autopsias, de 0.14 a 0.30%.¹ La enfermedad poliquística se asocia a poliquistosis renal, en un porcentaje que va desde 13 a 74%.³ Ésta última se transmite genéticamente en cerca de 30%, se asocia con quistes en páncreas, bazo, hígado y ovarios. Después del riñón, el hígado es el sitio más común de presentación.⁴

El cistoadenoma es una enfermedad que se observa con mayor frecuencia en mujeres jóvenes, se puede presentar unilocular o multilocular con septos delgados o de mayor tamaño, en algunas ocasiones se encuentran nódulos murales, tiende a la ruptura y pueden degenerar en tumoración maligna.¹

Los quistes hasta en 90% están formados por un saco con cubierta interna de epitelio cuboide, su diámetro es variable y su contenido puede ser líquido o mucinoso.¹

Se ha reportado que sólo 5% de los quistes no parasitarios manifiestan síntomas secundarios a efecto mecánico por su tamaño. En estos casos los síntomas son secundarios al crecimiento exagerado o complicaciones tales como ruptura, infección o hemorragia.¹ Cuando el tratamiento médico sintomático no tiene éxito está indicado realizar procedimientos quirúrgicos.⁵

Los procedimientos quirúrgicos que se realizan con mayor frecuencia son la fenestración, la enucleación, el destechamiento amplio, con o sin omentoplastia, la hepatectomía parcial y el trasplante hepático.^{5,7,8} El desarrollo de la cirugía laparoscópica ha permitido realizar en pacientes seleccionados la fenestración de quistes hepáticos, con mejores resultados.^{5,6}

Morino y cols, recomiendan realizar la fenestración laparoscópica en pacientes sintomáticos con EQ tipo 1, que se caracteriza por un número limitado de quistes grandes en los segmentos anteriores del hígado. En los pacientes con EQ tipo 2, la cirugía laparoscópica no es el procedimiento de elección, porque se caracteriza por enfermedad poliquística, con múltiples lesiones pequeñas en la superficie del hígado, y la recidiva es elevada.⁶ El objetivo de este estudio fue evaluar la evolución y calidad de vida de los tres grupos más frecuentes de pacientes con enfermedad quística del hígado (EQ), que fueron operados en un hospital de concentración, en un periodo de 20 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudió una cohorte, en forma ambispectiva, observacional y descriptiva, donde se seleccionaron los pacientes registrados en el Instituto, con diagnóstico de EQ y que hubieran sido tratados quirúrgicamente, desde 1980.

Se recopiló la información de 44 pacientes, divididos de la siguiente forma: 24 con quistes no parasitarios, 13 con hígado poliquístico y siete con cistadenoma. Una vez hecha la identificación de éstos, el estudio se dividió en dos fases, una retrospectiva donde se revisaron los expedientes y se capturaron los datos en las hojas prediseñadas para analizarlos por edad y sexo; antecedentes familiares y morbilidad asociada. Manifestaciones clínicas y las principales que precipitaron la búsqueda de atención médica, así como las alteraciones en los exámenes de laboratorio. Se identificaron los exámenes de gabinete realizados y si el diagnóstico fue incidental; el tiempo que transcurrió desde el diagnóstico hasta el momento que requirió de tratamiento quirúrgico, la técnica quirúrgica usada, principales complicaciones trans y postoperatorias; mortalidad operatoria y su seguimiento a 1 y 60 meses. Se analizó la presencia de recidiva al tratamiento de la misma. Se corroboró el diagnóstico clínico-radiológico con el anatomopatológico.

En la segunda fase del estudio el objetivo fue proporcionar evidencia directa sobre la calidad de vida en los pacientes con EQ después de tratamiento quirúrgico, con los siguientes lineamientos: los pacientes ya seleccionados se localizaron y se programó una entrevista para aplicar dos instrumentos de medición de calidad de vida, el SF36 y uno utilizado por nuestro grupo, en pacientes con enfermedades hepáticas después de tratamiento quirúrgico.^{14,15} Los que no pudieron acudir lo contestaron por correo, esto fue factible porque el SF36 es un instrumento que el paciente puede contestar sin necesidad de alguna orientación. No se consideró necesaria una nueva validación de contenido para los cuestionarios, porque se han utilizado y validado ampliamente; tampoco fue necesario realizar con anterioridad al trabajo la medición de la reproducibilidad porque se midió durante el estudio con consistencia interna de los instrumentos. Una vez recopilada la información, se analizaron de acuerdo con la siguiente forma: variables cuantitativas por medidas de tendencia central; variables cualitativas por proporciones. La evaluación de supervivencia y tiempo libre de enfermedad se analizó mediante curvas paramétricas de producto límite de Kaplan Meier.

RESULTADOS

Se operó a un total de 44 pacientes por EQ, los cuales fueron divididos en tres grupos: 1) quistes no-parasitarios (24 pacientes), 2) hígado poliquístico (13 pacientes) y 3) cistadenomas (siete pacientes).

Las características principales de cada grupo, así como los síntomas principales y tipo de cirugía se presentan en el *cuadro 1*. Los pacientes que se muestran con recidiva fueron referidos al Instituto, y después del tratamiento en el mismo se encuentran asintomáticos. Un caso de cistoadenoma mucinoso presentó recidiva posterior a una fenestración realizada en el Instituto, después de una resección completa se encuentra libre de enfermedad en un seguimiento de nueve años. El tiempo promedio que transcurrió desde que iniciaron con manifestaciones clínicas hasta el momento del diagnóstico fue de 24.5 meses para quistes no-parasitarios, 25.2 para enfermedad poliquística y 5.4 para cistoadenomas; con diferencia significativa se observó que el tiempo que transcurrió desde el diagnóstico al tratamiento quirúrgico, fue de 11.6, 28.7 y 21.2 meses, respectivamente, para cada grupo. El seguimiento promedio de todo el grupo, después de tratamiento quirúrgico, fue de 39 meses.

Del grupo de pacientes con hígado poliquístico se observaron antecedentes familiares de poliquistosis en cinco casos (38.46%). En asociación con la poliquistosis hepática se encontró en seis pacientes riñón poliquístico (46.57%) y en otros cuatro, además de los quistes renales y hepáticos, también se demostraron en páncreas,

un paciente además tuvo quistes en bazo y otra en útero, ovarios y mama, en otro caso se evidenció hígado poliquístico sin datos de afección quística a otro órgano.

Del grupo de pacientes con diagnóstico de cistadenoma, se observaron antecedentes familiares de cáncer en cuatro casos (57.14%).

El síntoma más importante desde el inicio fue dolor, que se presentó en 95.1%, seguido de distensión abdominal en 39%, astenia en 34.1%, adinamia en 31.7%, la fiebre, ictericia, náusea y vómito se manifestaron en igual número de pacientes, pero no siempre en el mismo, en un porcentaje de 26.8%; coluria y acolia se presentaron en 24.3%, la anorexia en 12.1%, pérdida de peso en 9.7%, otros síntomas menos frecuentes que refirieron los pacientes fueron flatulencia, esteatorrea, edema y melena, en dos pacientes por cada síntoma; en el grupo de pacientes con dolor se incluyeron los dos casos con quiste roto y quiste hemorrágico. El síntoma que en mayor número de pacientes motivó a la búsqueda de atención médica fue el dolor en 53.6%, masa en epigastrio 29.2%, náusea y vómito en 22%, la fiebre y distensión abdominal en 17%, en otros dos casos acudieron por plenitud posprandial, y esporádicos acudieron por cólico vesicular, edema, disfagia a sólidos, pérdida de peso, en dos casos el quiste fue un hallazgo incidental durante seguimiento de un colangiocarcinoma y un cáncer de mama.

La forma de estudiar a los pacientes por imagen fue con la telerradiografía de tórax que demostró elevación del diafragma derecho en cinco pacientes. Se realizó ultrasonido (USG) preoperatorio en 22 pacientes (95.6%) en dos casos de manera incidental se observaron quistes renales y en un caso un quiste esplénico. Se realizó tomografía computada (TC) en 18 casos (75%) donde se observó la imagen quística (*Figura 1*), que correlacionó los hallazgos del USG previo. En un caso se realizó gammagrama hepático con Tc⁹⁹ coloidal (*Figura 2*). En cuatro pacientes se realizó una serie gastroduodenal y se observó compresión extrínseca en duodeno en dos casos y en estómago en un caso. Se realizó resonancia magnética en cinco pacientes, porque los estudios previos no fueron concluyentes para diagnóstico. Se realizó angiografía en tres pacientes, en los cuales fue característico observar que la circulación del hígado estaba dada por arterias sumamente adelgazadas y separadas entre sí, además la fase capilar con grandes defectos de llenado, de igual forma el sistema espleno-meso-portal permeable, y la imagen de la vena portaintrahepática con áreas avasculares. Se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en un caso que demostró dilatación de la vía biliar por compresión extrínseca.

CUADRO 1
CARACTERÍSTICAS DE GRUPO, SÍNTOMAS Y TIPO DE CIRUGÍA

	Grupo		CTS
	QNP	EP	
Edad (años)	48.9	50.5	55.8
Sexo H/M	7/17	0/13	1/6
Fiebre	6	3	2
Da/Pps	8	10	4
Dolor (%)	91.6	84.6	100
Cirugía	F H	F H	F H
Pacientes	14 10	11 2	3 4
Recidiva	3 1	4 0	1 1*1
TMR	58 60	40 —	24 18

QNP: Quistes no-parasitarios. **EP:** Enfermedad poliquística. **CTS:** Cistadenomas. **F:** Fenestración. **H:** Hepatectomía. **TMR:** Tiempo de Recidiva Meses. **DA/PPS:** Distensión Abdominal o Plenitud Posprandial *Única Recidiva en el INCMNSZ.

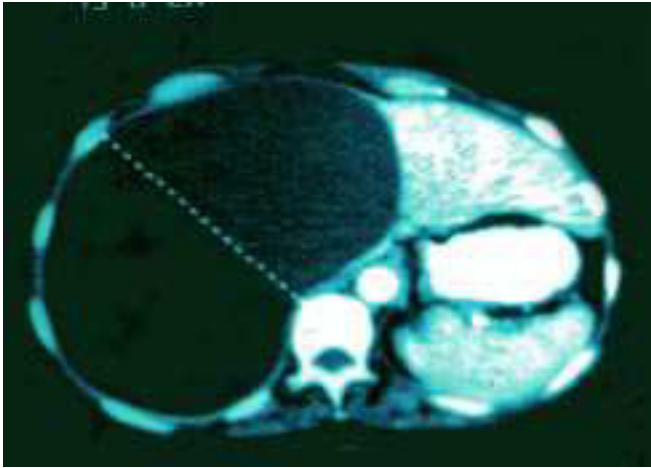
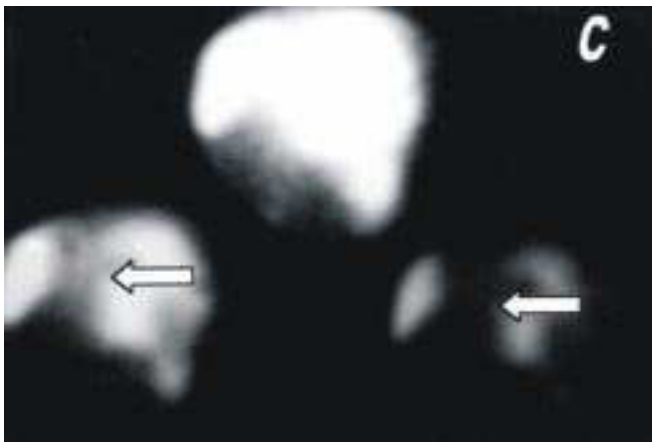
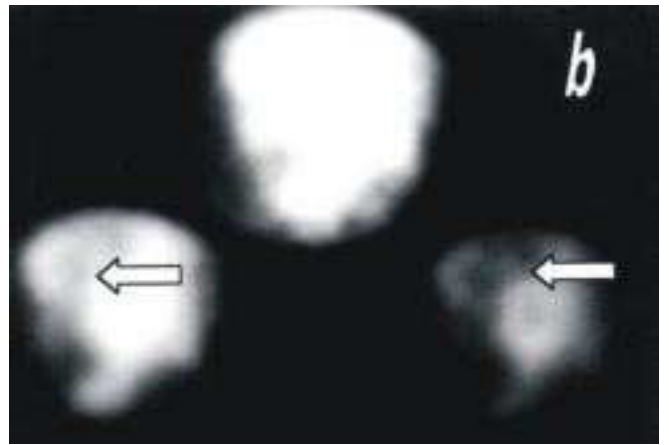
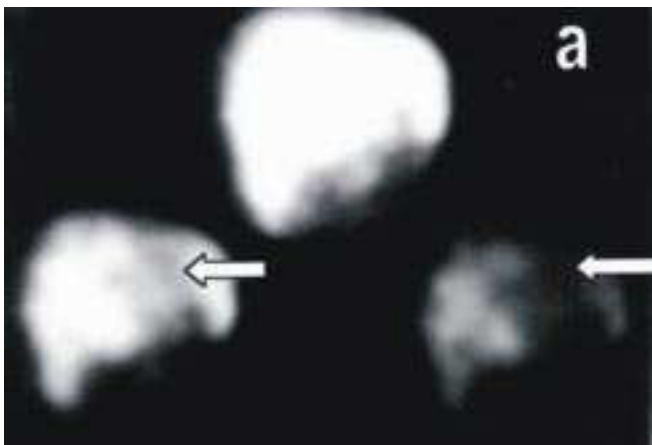


Figura 1. Imagen por TC donde se observa una lesión quística gigante en el parénquima hepático, ésta correspondió a un quiste no parasitario de hígado.

En el segundo grupo, seis pacientes (46%) presentaron elevación del diafragma derecho en la telerradiografía

de tórax; al total de los pacientes se le realizó USG llevando al diagnóstico en todos. Además en seis casos de forma incidental se observaron quistes en el riñón. Se realizó TC en 12 pacientes (92.30%) y en la mitad de los casos hubo quistes en otros órganos como páncreas, bazo y ovario. Se realizó gammagrama hepático en tres pacientes y se observaron hallazgos similares a la *figura 2*. La serie gastroduodenal evidenció compresión extrínseca del estómago en tres pacientes. En dos casos la angiografía mostró en fase capilar múltiples áreas hipovasculares pequeñas que correspondieron a los quistes, en un caso se observaron lesiones similares en nivel renal, que correspondieron a quistes a ese nivel.

En el tercer grupo a todos los pacientes se les realizó USG y en dos casos se observó imagen sugerente de septos en el interior del quiste, estos hallazgos se confirmaron por TC en tres pacientes (*Figura 3*), en dos pacientes que se realizó serie gastroduodenal se identificó compresión extrínseca del estómago. En un caso se realizó resonancia magnética y en otro paciente el



Gramagrama hepático: a) Plano anterior, b) Lateral, c) Posterior. Se observa una imagen hepática con aumento de tamaño, con pérdida de la morfología, debido a múltiples defectos de capacitación, bien delimitados en toda la glándula (Flechas).

Figura 2.

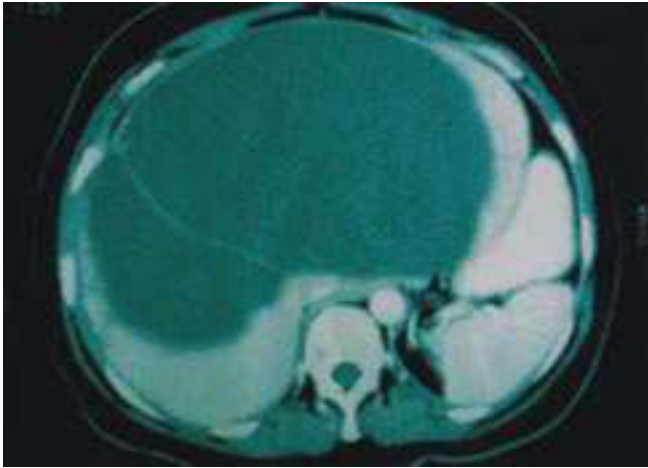


Figura 3. Imagen por TC donde se observa una lesión quística gigante en el parénquima hepático con septos en su interior, ésta correspondió a un cistadenoma gigante.

diagnóstico fue transoperatorio y el resto se diagnosticó en patología.

Los procedimientos quirúrgicos realizados se describen en el *cuadro 2*; la morbilidad y la mortalidad asociadas, estancia hospitalaria y tiempo quirúrgico por tipo de operación, se describen en el *cuadro 3*. Las complicaciones que se observaron fueron: en el trasoperatorio hemorragia que se controló satisfactoriamente, en un caso se

realizó comunicación con la cavidad pleural, que se reparó en forma primaria; de las complicaciones en el postoperatorio, en dos pacientes se observó derrame pleural y en otros dos colección intraabdominal (9%). Éstas evolucionaron satisfactoriamente después de tratamiento.

Se realizó fenestración en quistes tipos 1 y 2. La hepatectomía se realizó en lesiones tipo 1 periféricas, que incluyen de uno a tres segmentos del hígado sin evidencia de enfermedad en el resto de la glándula, o en los casos de enfermedad tipo 2 con lesiones predominantes en un segmento. En el caso de cistoadenoma la resección fue el primer procedimiento que se consideró realizar, dejando la fenestración para los casos con lesiones centrales (*Figura 4*).

La mortalidad operatoria fue de 4.5%, dada por un paciente del grupo 2, con cirrosis hepática Child C, en el que se encontró en el transoperatorio el quiste roto, y uno del grupo 3 con insuficiencia renal con un quiste hemorrágico, en ambos casos se decidió la cirugía en forma urgente por datos clínicos de abdomen agudo; debido a las malas condiciones generales, provocadas por el estado avanzado de las patologías de base, desarrollaron falla orgánica múltiple no reversible. En el seguimiento un paciente del grupo de enfermedad poliquística desarrolló insuficiencia renal y se encuentra en programa de trasplante renal.

CUADRO 2
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS POR GRUPO

		QNP	Grupo EP	CTS
Fenestraciones	Abiertas (n/%)	10/42	11/85	3/43
	Laparoscópicas(n/%)	4/16	0	0
Hepatectomías	Abiertas (n/%)	10/42	2/15	4/57
	Total	24	13	7

QNP: Quistes no-parasitarios. EP: Enfermedad poliquística. CTS: Cistadenomas.

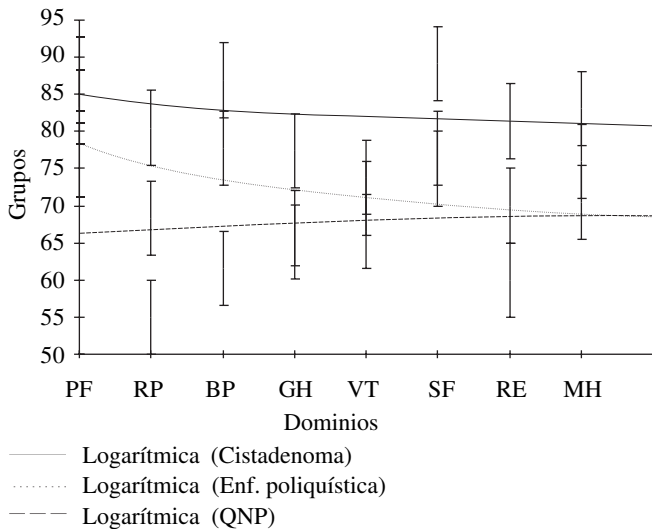
CUADRO 3
MORBILIDAD-MORTALIDAD Y EVOLUCIÓN POR TIPO DE PROCEDIMIENTO

		TQx (min)	Ctqx (n)	Cpqx (n)	EH (días)	Mortalidad (n)
Fenestraciones	Abiertas	218	2	3	9.3	1
	Laparoscópicas	135.5	0	0	7.2	0
Hepatectomías	Abiertas	341.5	3	1	16.2	1
	X o Σ	135.8	5	4	14.5	2

TQx: Tiempo quirúrgico. Ctqx: complicaciones transquirúrgicas. Cpqx: Complicaciones posquirúrgicas. EH: Estancia hospitalaria. X: Promedio. Σ: Suma.



Figura 4. Quiste gigante tipo 1 después de fenestración abierta.



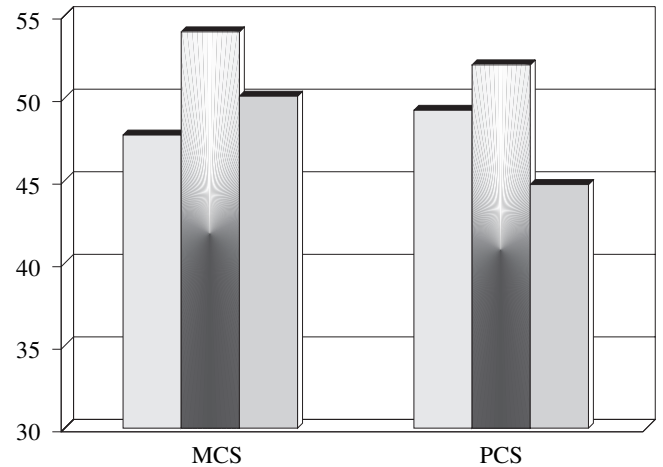
PF: Función física. RP: Rol físico. BP: Dolor. GH: Salud general. VT: Vitalidad. SF: Función social. RE: Rol emocional. MH: Salud mental.

Figura 5. Calidad de vida por diagnóstico. Cuestionario SF 36.

La calidad de vida se evaluó en forma comparativa mediante dos cuestionarios y se encontró diferencia estadística en aquellos casos donde existe morbilidad asociada. La evaluación de calidad de vida por diagnóstico no mostró diferencia estadística y ésta se muestra en las figuras 5, 6 y 7. En general se considera como buena calidad de vida. La correlación comparativa de uno y otro cuestionarios fue cercana a uno.

DISCUSIÓN

Uno de los problemas principales en la investigación clínica es la selección y medición de variables relevan-



MCS: Componente mental. PCS: Componente físico.

QNP Cistadenoma Enf. poliquística

Figura 6. Subescalas de evaluación SF 36.

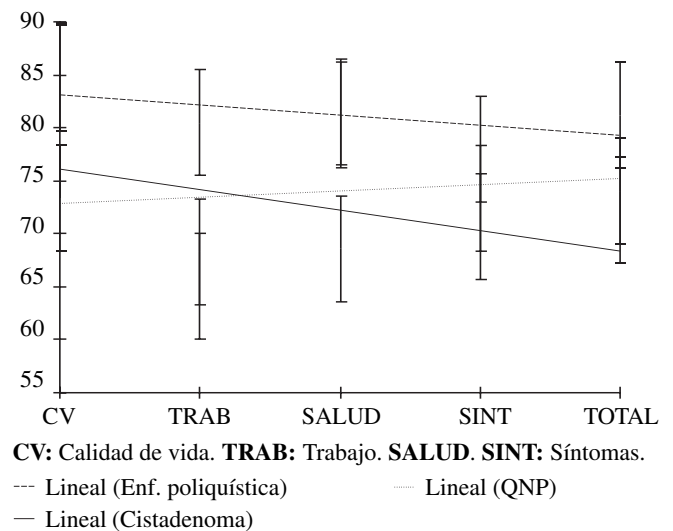


Figura 7. Calidad de vida por diagnóstico. Cuestionario 2

tes, aquellas que indicarán si la intervención del médico ha sido más o menos eficiente. La forma más clara para evaluarlo consta de medir la calidad de vida después de ofrecer alguna opción terapéutica en algún paciente. La calidad de vida es una percepción subjetiva del individuo en relación con su incapacidad.⁹ Otros autores consideran que la calidad de vida se refiere a la apreciación que el paciente hace de su vida y a la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento, comparado con el que percibe como posible ideal.^{10,11}

La calidad de vida es la evaluación global que el sujeto hace de su vida cuando está enfermo y recibe aten-

ción médica. Es subjetiva y depende tanto de las características del sujeto (demográficas, de personalidad, valores, etc.) como de las características de la enfermedad que sufre y el tratamiento que recibe.

Debe estimularse la medición de calidad de vida en aquellos padecimientos crónicos donde no se cuenta con terapéutica específica y la muerte no suele ser un proceso temprano y frecuente. En este tipo de problemas de salud, es muy importante evaluar el impacto que produce la enfermedad y su tratamiento en relación con los aspectos físicos, mentales y sociales. Es por lo anterior que el cambio en la calidad de vida actualmente se ha reconocido como una de las demandas principales de atención.^{11,12}

En este estudio se utilizaron dos instrumentos de calidad de vida suficientes para evaluar la calidad de vida en los pacientes con enfermedad quística del hígado después de haber recibido tratamiento quirúrgico.

El primer instrumento genérico del tipo de perfiles de salud utilizado últimamente en varios estudios, es el MOS SF 36 (Measures Outcomes Study Short From Health Survey). Esta versión evalúa 36 preguntas, ocho dominios: función física, función social, limitaciones derivadas de problemas físicos, limitaciones derivadas de problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor, percepción general de salud y cambio en salud.¹³

El otro instrumento es uno utilizado en estudios previos con población del Instituto, donde se ha evaluado la calidad de vida en pacientes con enfermedad hepática (cirróticos con hipertensión portal) después de tratamiento quirúrgico.^{14,15}

Los estudios en la literatura mundial evidencian la incidencia y comportamiento clínico de la enfermedad quística del hígado, así como resultados del tratamiento quirúrgico para cada variedad de ellas. La inclusión de la calidad de vida en el ámbito médico se refleja en el número de publicaciones dedicadas a este tema. No existen trabajos que se refieran a calidad de vida en pacientes con enfermedad quística del hígado con enfoque a EQ y tratamiento quirúrgico, que es la mejor forma de evaluar la atención que se le ofrece a los pacientes con esta enfermedad.

Con los resultados de este estudio podemos decir que dentro de la enfermedad quística del hígado, la que se presenta con mayor frecuencia son los quistes no-parasitarios. El dolor, la plenitud posprandial y la distensión abdominal son los principales motivos de consulta.

La radiografía de tórax es el primer estudio sugerente de aumento de volumen en la glándula hepática, los exámenes de laboratorio prácticamente en límites normales

y sólo se alteran cuando se complica por efecto de masa del tumor. Cuando el paciente ingresa refiere molestias abdominales inespecíficas con dolor en hipocondrio derecho por tanto se solicita un ultrasonido de hígado, estudio que identifica en todos los casos la presencia del quiste, pero no permite valorar quistes menores de 2 cm, o en otros órganos y que también sean pequeños. Esto tiene importancia pronóstica en el paciente con enfermedad poliquística renal, que al paso del tiempo desarrolla insuficiencia renal; en los casos donde se observan quistes pancreáticos con indicación quirúrgica, el tratamiento se debe considerar conjuntamente, debido a que no podemos determinar cuál es la etiología de los síntomas abdominales, como es el caso de la EQ, en la cual éstos desaparecen en el postoperatorio y cuando recidivan, correlaciona en forma directa con la presencia de enfermedad. La tomografía fue el estudio que permitió valorar con mayor detalle otros órganos intraabdominales como páncreas y bazo, donde se identificaron quistes, además fue diagnóstico en los casos de cistoadenoma, pero la resonancia magnética tiene una mayor sensibilidad y especificidad para diagnosticar septos en el quiste, por tanto es el estudio que debe solicitarse cuando existen datos sugerentes de cistoadenoma en el ultrasonido y la tomografía.

De acuerdo con la clasificación de Morino en los quistes tipo 1, se debe considerar como alternativa quirúrgica la fenestración amplia, donde se quita la mayor cantidad de cápsula; ésta también se puede realizar con éxito por laparoscopia, con la fenestración, la incidencia de recidivas disminuye considerablemente. En los quistes tipo 2 sintomáticos, que incluye al hígado poliquístico, la fenestración parece ser la alternativa cuando éstos tienen una distribución homogénea de múltiples lesiones pequeñas, los cuales deben comunicar unos con otros en la forma más amplia y el mayor número posible, iniciando siempre con los más superficiales y siempre procurando no confundir una cavidad quística con una estructura vascular, lo cual es muy raro y puede diferenciarse con ultrasonido intraoperatorio, que debe ser utilizado por todo cirujano que realiza cirugía hepática.

En los quistes tipo 2 la recidiva después de la fenestración prácticamente es la regla,⁶ en el estudio se considera recidiva a la presencia de síntomas que no son incapacitantes al momento de evaluación, los estudios de imagen sí muestran en algunos casos recidiva de enfermedad, pero por ser asintomáticos no se consideró necesario un nuevo tratamiento quirúrgico.

En un periodo de seguimiento de 39 meses después de fenestración amplia, en los pacientes con quistes tipo

2, no hay evidencia sintomática de recidiva de enfermedad y se mantienen con buena calidad de vida, lo cual convierte al procedimiento como alternativa para prolongar el tiempo en lista de espera en aquellos pacientes que no es posible realizar el trasplante hepático como primera opción.

En el caso del cistoadenoma está indicado realizar una resección completa para reducir las posibilidades de recidiva y malignidad. La recurrencia del cistoadenoma es la principal complicación observada y de aquí el comportamiento agresivo de estos tumores, que cada vez que se intenta un nuevo procedimiento las condiciones son más difíciles y con menos posibilidades de éxito, porque se adhieren en forma importante en el parénquima hepático.

Cuando el procedimiento se realiza en forma electiva, la morbilidad operatoria es baja y la mortalidad cercana a cero, en el estudio la mortalidad observada fue en pacientes que se llevaron a cirugía de urgencia con enfermedades asociadas graves.

La calidad de vida que se observó después de la cirugía no fue estadísticamente significativa, lo que se explica porque una vez que los pacientes son sometidos a la cirugía se convierten en un grupo homogéneo; es decir, postoperados sin síntomas secundarios a los efectos de masa producidos por la EQ, que se ha resuelto de forma satisfactoria y se mantienen asintomáticos. Los resultados nos permiten concluir que la calidad de vida es buena en la población estudiada.

El grupo de cistoadenoma aunque no significativo fue el que presentó el valor más bajo de calidad de vida, de igual forma en la evaluación de dolor; en la escala de función física se encontraron diferencias estadísticamente significativas comparadas con los otros dos grupos. Estos datos influenciados por el paciente con recidiva de enfermedad.

En estudios previos realizados por nuestro grupo, se ha evaluado la calidad de vida en pacientes con enfermedad hepática (cirróticos con hipertensión portal) después de dar tratamiento quirúrgico y los resultados han demostrado que hasta 74% de los pacientes tiene buena calidad de vida sobre la base de los criterios de evaluación.^{14,15}

Se puede concluir que la calidad de vida es la evaluación global que el sujeto hace de su vida cuando está enfermo y recibe atención médica. Es subjetiva y depende tanto de las características del sujeto como de las características de la enfermedad que sufre y el tratamiento que recibe.

En los pacientes que se realizó hepatectomía, el tiempo quirúrgico fue significativamente mayor, pero en la evolución postoperatoria no se observó diferencia estadística al compararla con el grupo de pacientes con fe-

nestración abierta. La hepatectomía es una alternativa en los quistes tipo 1, con lesiones posteriores difíciles de fenestración o periféricas, donde el resto del parénquima hepático no está involucrado. En lesiones tipo 2 se debe considerar si existe afección predominante en algún segmento del hígado.

El manejo quirúrgico en la EQ debe ser reservado para pacientes con sintomatología secundaria a un crecimiento exagerado o complicaciones, como ruptura, infección o hemorragia. Las opciones terapéuticas se deben individualizar en cada paciente y pueden ser fenestración o la resección del segmento afectado. Es importante que el cirujano que desarrolla estas técnicas se familiarice con la cirugía hepática, porque si durante el procedimiento surgen complicaciones las resolverá satisfactoriamente, además en quistes tipo 1, cuando se realiza una fenestración amplia ya sea abierta o laparoscópica, se ha observado baja recidiva y buen impacto en la calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS

- Doty JE, Tompkins RK. Liver surgery: Management of cystic disease of the liver. *The Surg Clin of North Am* 1989; 69: 285-96.
- Farges O, Bismuth H. Fenestration in the management of polycystic liver disease. *World J Surg* 1995; 19: 25-30.
- Mergo PJ, Ros PR, Benign lesions of the liver. *Radiol Clin North Am* 1998; 36: 319-33.
- Vauthey JN, Maddren GJ, Kolbinger P, et al. Clinical experience with adult polycystic liver disease. *Br J Surg* 1992; 79: 562-5.
- Roesch FD, Pérez MA, Díaz BF, Martínez FS. Tratamiento quirúrgico laparoscópico del quiste hepático no parasitario. *Rev Gastroenterol Mex* 1999; 64: 56-60.
- Morino M, De Giuli M, Festa V, Garrone C. Laparoscopic management of symptomatic nonparasitic cysts of the liver. Indications and results. *Ann Surg* 1994; 219: 157-64.
- Swenson K, Seu P, Kinkhabwala M. Liver transplantation for adult polycystic liver disease. *Hepatology* 1998; 28: 412-5.
- Farges O, Bismuth H. Fenestration in the management of polycystic liver disease. *World J Surg* 1995; 19: 25-30.
- Lara MMCE, Ponce de León S, Ramón de la Fuente J. Conceptualización y medición de la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Doctoral dissertation. México; UNAM; 1993.
- López RR, Vargas VF, Rull RJA, et al. Modificaciones de la calidad de vida durante la hospitalización de pacientes con las cuatro enfermedades más frecuentes en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (Master thesis). México, Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán; 1998.
- Zúñiga MA, Carrillo-Jiménez GT, Fos PJ, Gandek B, Medina Moreno MR. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36. Resultados preliminares en México. *Salud Pública Mex* 1999; 41: 110-8.
- Guyatt GH, Feeney DH, Patrick DL. Measuring health related to quality of life. *Ann Intern Med* 1993; 118: 622-9.
- Ware JE. SF-36 physical and mental health summary scales: A user's manual. USA: New England Medical Center 1994.
- Orozco H, Guevara L, Uribe M, et al. Survival and quality of life after selective portosystemic shunt. *Am J Surg* 1981; 141: 183-6.
- Orozco H, Mercado MA, Takahashi T et al. Survival and quality of life after portal blood flow preserving procedures in patients with portal hypertension and liver cirrhosis. *Am J Surg* 1994; 168: 10-4.