



Revista Chilena de Cirugía

ISSN: 0379-3893

editor@cirujanosdechile.cl

Sociedad de Cirujanos de Chile
Chile

Burgos S.J., Luis; Ramírez F., Sebastián; Burgos de C., María E.; Villaseca H., Miguel A.

HÍGADO POLIQUÍSTICO AISLADO

Revista Chilena de Cirugía, vol. 66, núm. 3, junio-, 2014, pp. 211-212

Sociedad de Cirujanos de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531966002>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

HÍGADO POLIQUÍSTICO AISLADO*

Drs. Luis Burgos S.J.^{1,2}, Sebastián Ramírez F.^{3,4},
María E. Burgos de C.^{1,2}, Miguel A. Villaseca H.^{5,6}

¹ Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena.

² Departamento de Cirugía y Traumatología. Universidad de La Frontera.

³ Servicio de Cirugía Infantil. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena.

⁴ Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil. Universidad de la Frontera.

⁵ Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena.

⁶ Departamento de Anatomía Patológica. Universidad de La Frontera.

Temuco, Chile.

Isolated polycystic liver disease

Ingresa al Hospital Dr. Hernán Henríquez Arau-
vena un niño de 10 años, por presentar disnea de
esfuerzo, dolor y masa palpable en epigastrio. La
TC y RM mostraron una gran lesión poliquística

de 17 cm de diámetro ubicada en el lóbulo hepático izquierdo (Figuras 1a y b). No se visualizó riñones poliquísticos. La exploración quirúrgica muestra una lesión multiquística del lóbulo izquierdo, con indem-

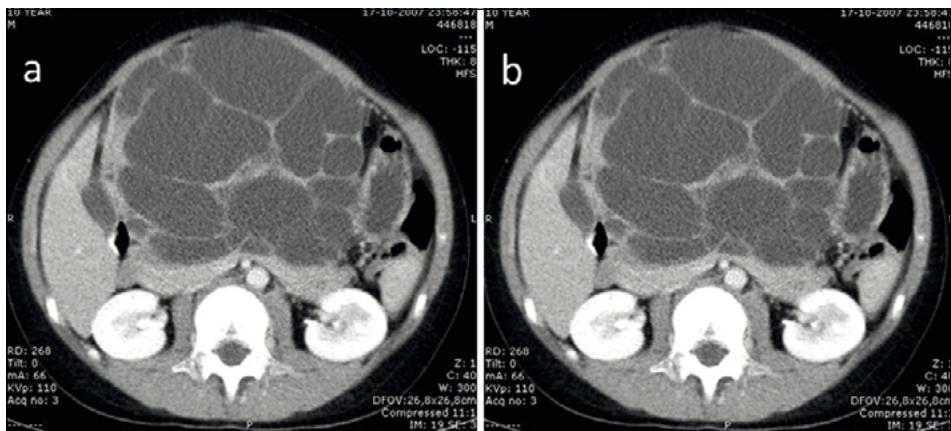


Figura 1. **a:** Tomografía de abdomen muestra múltiples lesiones hipodensas en rango líquido de densidad, redondeadas, confluentes con tamaños que fluctúan de 25 a 60 mm de diámetro. Reemplazan el lóbulo izquierdo del hígado, rechazando el parénquima hacia posterior. **b:** Resonancia magnética de hígado en secuencia T2. Confirma la naturaleza quística de las lesiones sin tabique gruesos que orienten a tumor multilocular o a etiología parasitaria.

*Recibido el 9 de septiembre de 2013 y aceptado para publicación el 27 de septiembre de 2013.

Correspondencia: Dr. Luis Burgos S.J.
luis.burgos.s@ufrontera.cl



Figura 2. Fotografía intraoperatoria del hígado poliquístico.

nidad del derecho (Figura 2). Se resecan los quistes ubicados especialmente en los segmentos 2 y 3. La biopsia concluye en el diagnóstico de enfermedad poliquística hepática (Figuras 3a y b). De alta al quinto día del postoperatorio en buen estado general.

La TC de control alejada muestra un quiste residual de tamaño no significativo (Figura 4). El paciente está actualmente asintomático.

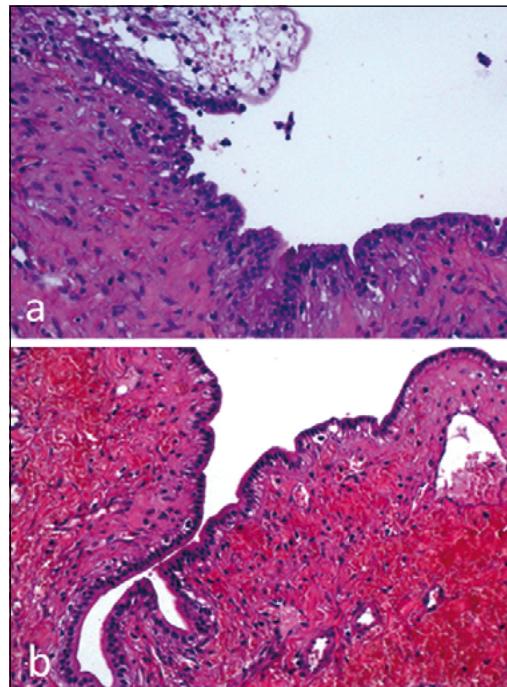


Figura 3. a: Microscopia muestra estructura quística revestida por epitelio simple cilíndrico o cuboideo de tipo biliar, rodeado por tejido conjuntivo denso vascularizado. (Tinción Hematoxilina-Eosina, magnificación original 100x). **b:** Microscopia muestra estructura quística (lumen en zona superior) revestida por epitelio simple cilíndrico o cuboideo de tipo biliar, rodeado por tejido conjuntivo denso vascularizado con focos hemorrágicos recientes. (Tinción Hematoxilina-Eosina, magnificación original 100x).

Referencias

1. Qian Q. Isolated polycystic liver disease. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2010;17:181-9.
2. Everson GT. Polycystic liver disease. *Gastroenterol Hepatol (NY)*. 2008;4:179-81.
3. Reynolds DM, Falk CT, Li A, King BF, Kamath PS, Huston J 3rd, et al. Identification of a locus for autosomal dominant polycystic liver disease, on chromosome 19p13.2-13.1. *Am J Hum Genet.* 2000;67:1598-604.
4. Schievink WI, Spetzler RF. Screening for intracranial aneurysms in patients with isolated polycystic liver disease. *J Neurosurg.* 1998;89:719-21.
5. Russell RT, Pinson CW. Surgical management of polycystic liver disease. *World J Gastroenterol.* 2007;13:5052-9.

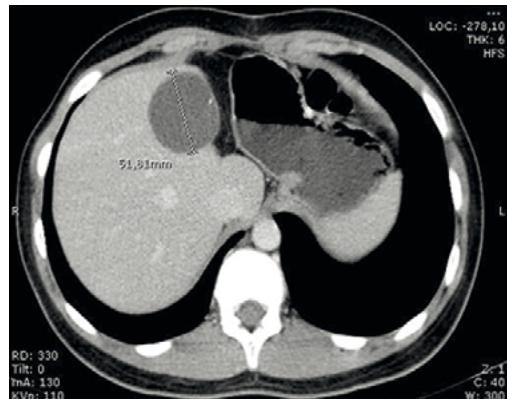


Figura 4. TC de control visualiza quiste residual en segmento 5.