

Drenaje Percutáneo y Escleroterapia de Quiste Hepático Gigante Simple: A propósito de un caso

Pedro Sivira Herrera , Palmira González Jiménez 

Autor de Correspondencia: Palmira González Jiménez Correo Electrónico: gastroped.palmira@gmail.com

Afiliación

Resumen

Introducción: Los quistes hepáticos simples son lesiones cavitarias benignas generalmente asintomáticas. Aquellos mayores de 10 cm se consideran quistes hepáticos gigantes (QHG), con mayor riesgo de complicaciones compresivas o ruptura. Se presenta la eficacia de la escleroterapia percutánea como alternativa mínimamente invasiva a la fenestración laparoscópica. **Caso Clínico:** Mujer de 70 años con hipotiroidismo e insuficiencia venosa, asintomática, con leve elevación de aminotransferasas. El ultrasonido mostró lesión en lóbulo derecho de 12,5 cm y volumen de 889,72 cc, compatible con QHG. Tras descartar hidatidosis y comunicación biliar, se realizó drenaje percutáneo por técnica de Seldinger (catéter 7 Fr), obteniéndose 746 cc de líquido hemático achocolatado. Se instiló etanol al 95% (25% del volumen aspirado) durante 10 minutos para desnaturalizar el epitelio secretor.

Discusión: El aspirado hemático sugirió hemorragia intracística previa, justificando la alteración enzimática. La escleroterapia con etanol al 95% es estándar de oro en quistes uniloculares por su alta eficacia y baja morbilidad. En pacientes mayores, ofrece ventajas sobre cirugía por su carácter ambulatorio y menor riesgo anestésico. **Conclusión:** La escleroterapia percutánea ecoguiada es segura y eficaz para resolver QHG, permitiendo reabsorción completa y rápida recuperación funcional. **Palabras clave:** Hepatopatías. Hepatología. Quiste Hepático. Escleroterapia.

Percutaneous drainage and sclerotherapy of a giant simple hepatic cyst: a case report

Abstract

Background: Simple hepatic cysts (SHC) are benign, usually asymptomatic lesions. Those exceeding 10 cm are classified as giant hepatic cysts (GHC), with increased risk of compressive complications or rupture. This report highlights the efficacy of percutaneous sclerotherapy as a minimally invasive alternative to laparoscopic fenestration. **Case Report:** A 70-year-old female with hypothyroidism and chronic venous insufficiency presented asymptotically with mild aminotransferase elevation. Ultrasound revealed a right hepatic lobe lesion measuring 12.5 cm and 889.72 cc, consistent with GHC. After excluding hydatid disease (negative serology and ADA) and biliary communication, percutaneous drainage was performed via the Seldinger technique (7 Fr catheter), yielding 746 cc of thick chocolate-colored hematic fluid. Sclerotherapy was performed by instilling 95% ethanol (25% of aspirated volume) for 10 minutes to induce protein denaturation of the secretory epithelium. **Discussion:** The hematic aspirate suggested prior intracystic hemorrhage, explaining mild enzymatic alteration. Ethanol sclerotherapy remains the gold standard for unilocular cysts due to high success and low morbidity. In elderly patients, it offers advantages over surgery because it is outpatient and reduces anesthetic risk. **Conclusion:** Ultrasound-guided percutaneous sclerotherapy is safe and effective for resolving GHC, allowing complete lesion regression and rapid functional recovery.

Keywords: Liver Diseases, Hepatology, Liver Cyst, Sclerotherapy.

Introducción

Los quistes hepáticos simples son lesiones cavitarias llenas de líquido que generalmente presentan un curso clínico asintomático. Sin embargo, cuando estas lesiones superan los 10 cm de diámetro, se clasifican como quistes hepáticos gigantes, los cuales incrementan significativamente el riesgo de complicaciones como dolor abdominal crónico, saciedad precoz, compresión biliar o ruptura espontánea.

El manejo terapéutico ha evolucionado desde la cirugía abierta hacia técnicas mínimamente invasivas. El objetivo principal es la descompresión efectiva y la prevención de la recidiva, eliminando la capacidad de secreción del epitelio

quistico. En la actualidad, el drenaje percutáneo aspirativo combinado con escleroterapia se ha consolidado como una alternativa de primera línea frente a la fenestración laparoscópica, debido a su menor morbilidad y alta tasa de éxito.

La escleroterapia consiste en la instilación de un agente químico tras el vaciamiento del quiste para inducir fibrosis del revestimiento epitelial. La elección del tratamiento para un quiste hepático gigante depende fundamentalmente de la sintomatología, la anatomía de la lesión y el riesgo quirúrgico del paciente.¹

La Escleroterapia Percutánea está indicada en quistes uniloculares de gran tamaño, pacientes con alto riesgo quirúrgico (ASA III-IV) y aquellos que prefieren un

Cómo citar este artículo: Sivira Herrera PP, González Jiménez P. Drenaje percutáneo y escleroterapia de quiste hepático gigante simple: a propósito de un caso. Rev Gen. 2026;80(2): 117-121. doi: 10.61155/gen.v80i2.813

procedimiento ambulatorio. Es la opción preferida por su baja tasa de complicaciones postoperatorias (2-4%), en contraste a la realización de Fenestración Laparoscópica en aquellos donde se reserva para quistes multiloculares donde el acceso percutáneo es difícil quistes con sospecha de comunicación biliar, recidivas tras escleroterapia fallida.²

El procedimiento se realiza bajo guía ecográfica para asegurar la precisión y evitar estructuras vasculares consta de realizar Acceso y Aspiración realizando punción transhepática, se inserta un catéter tipo *pigtail* (8-10 Fr) y se aspira el contenido total del quiste, se debe enviar para estudio Bacteriológico, gran, citomológico y ADA, para proceder a corroborar que las serologías para *Echinococcus granulosus* del líquido sean negativas, así mismo, se introduce contraste hidrosoluble o bajo visión ecografía en todo el procedimiento para descartar comunicación con el árbol biliar. Ya que de existir comunicación o compromiso, la escleroterapia está contraindicada por riesgo de colangitis esclerosante., una vez descartado lo anteriormente señalado se realiza Instilación del Agente Esclerosante: Alcohol absoluto (etanol 95-99%) en un volumen equivalente al 25% del volumen aspirado (máximo 100 ml para evitar intoxicación sistémica)., de igual forma se realiza, se aspira el alcohol por completo y se retira el catéter.²

Cabe destacar que la sustancia mencionada alcohol Absoluto (Etanol al 95-99%): Es el estándar de oro. Actúa mediante la desnaturalización de proteínas y necrosis celular inmediata el cual requiere tiempos de contacto de 20 a 30 minutos. Describiéndose de igual forma alternativas como clorhidrato de Minociclina: Utilizado como alternativa para reducir el dolor asociado al alcohol como se logra con la utilización de Bupivacaina, promoviendo la inflamación y

posterior adherencia de las paredes del quiste, y oleato de Etanolamina: Un agente tensoactivo que genera una reacción inflamatoria estéril, menos irritante para el peritoneo en caso de fuga accidental.

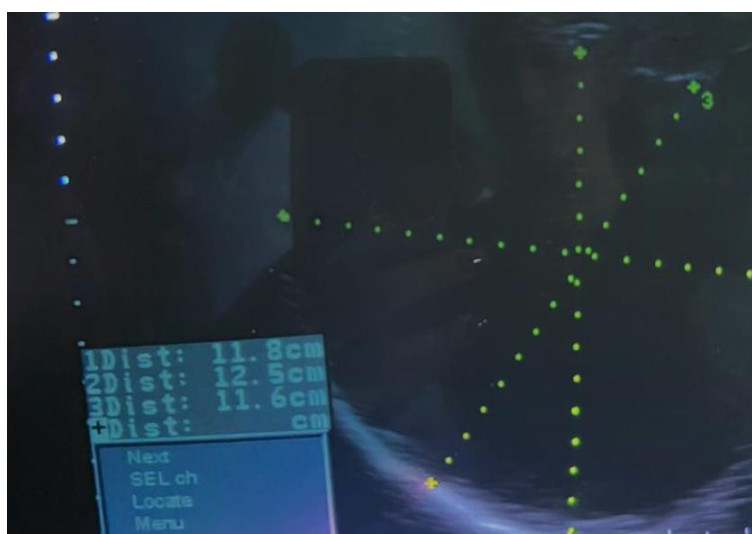
Aunque es un procedimiento mínimamente invasivo bajo visión con ecografía, no están exentos de riesgos, en los que se menciona, dolor abdominal agudo, reacción vasovagal, intoxicación etílica sistémica, infección o absceso Hepático, Hemorragia intracística o hemoperitoneo.³

Presentación del caso

Masculino de 62 años, quien acude por dolor abdominal de aparición insidiosa, localizado en epigastrio, tipo cólico, moderada intensidad, no irradiado, el cual cedía parcialmente con la administración de paracetamol y antiespasmódicos; asociado a tinte icterico en piel y mucosas y coluria.

Paciente femenino, de 70 años, con antecedentes de Hipotiroidismo hace 5 años controlado con Levotiroxina 50 mcg al día, insuficiencia venosa profunda controlada con Diosmina 500 mg cada doce horas, Quiste Hepático simple en segmento IV de lóbulo hepático derecho asintomático desde hace 10 años sin seguimiento, niega traumatismo abdominal Quien consultó asintomática con alteración discreta de aminotransferasa, Serología para *Echinococcus granulosus* negativa, resto del perfil hepato biliar sin alteraciones, Como protocolo de su plan de trabajo se le realizó ultrasonido abdominal en la cual se evidenció Lesión focalizada en lóbulo hepático derecho con diámetro máximo longitudinal 11.8cm diámetro transversal 12,5cm diámetro anteroposterior 11.6 cm Volumetría 889.72 cc, no tabicado, sin compresión de vías biliares intra ni extrahepáticas, concluyendo Quiste Hepático Gigante Simple (**Figura 1**).

Figura 1. Quiste hepático Gigante simple, Fuente: Ultrasonido Hospital General del Oeste



En vista de los hallazgos, se procede a realizar Previa asepsia y antisepsia vía percutánea con catéter número 20 G eco guiado drenaje de 20cc de líquido achocolatado, espeso, no fétido para estudio citomorfológico concluyendo contenido fibrino leucocitario, ausencia de pigmentos biliares, detritus, sin signos de malignidad, estudio parasitológico para descartar Hidatidosis siendo negativo, ADA negativo, cultivo para bacterias y hongos negativo, por lo que se programa un segundo tiempo para realizar procedimiento, en decúbito supino, previa asepsia y antisepsia se infiltra anestesia local con lidocaína al 2%, cantidad de 3cc, en línea axilar media anterior con 6to

espacio intercostal derecho, visión directa guiada por ecografía, vía percutánea se introduce catéter 20G aspirando 20cc de líquido aspecto achocolatado, no fétido, espeso, se introduce catéter de vía central 10 Fr, 3 lúmenes de 20 cm de longitud para drenaje con técnica de Seldinger, en sentido dirigido directamente hacia lesión hepática focal, en lóbulo hepático derecho Volumetría 889.72 ,se procede a drenaje de 746cc evidenciando reabsorción de líquido inicial, se infiltra capsula con Bupivacaina 5cc Etanol 95% (infiltración de 25% del volumen extraído) , dejando actuar 10 min y posterior aspiración, (**Figuras 2 y 3**) y visión ecográfica control a las 6 horas donde se observa (**Figura 4**).

Figura 2. Evolución de la reabsorción tras la aspiración de drenaje del Quiste



Figura 3. Colocación de sustancia esclerosante y posterior aspiración observando reabsorción en comparación con Figura 1

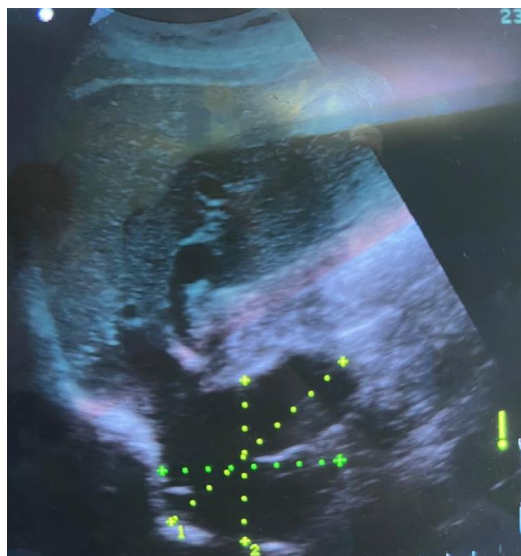


Figura 4. Parénquima hepático con reabsorción completa de Lesión Quística Gigante Fuente



Parénquima hepático homogéneo con reabsorción total de lesión, sin signos de irritación peritoneal, no lesión de vía biliar. Se coloca apósito estéril, a presión, en área de la punción permanece en decúbito lateral derecho en reposo por 4 horas se realiza controla ultrasonido abdominal antes de egreso sin evidencia de complicaciones., se realiza control clínico, paraclínico e imagenológico al mes estando los mismos dentro parámetros normales.

Se cuenta con consentimiento informado de la paciente, y aprobación por comité de Bioética del Hospital General de Oeste para publicación de Casos Clínicos con fines netamente académicos

Discusión

El manejo de los quistes hepáticos simples puede ser efectivamente abordados por técnicas percutáneas eco guiadas o técnicas mínimamente invasivas cuando estos alcanzan dimensiones mayores a 10 cm. En el presente caso, la paciente de 70 años presentaba una lesión de 12.5 cm de diámetro mayor y un volumen cercano a los 900 cc. Aunque inicialmente asintomática solo con aumento discreto de aminotransferasas, la literatura sugiere que quistes de este volumen presentan un riesgo elevado de complicaciones por compresión o ruptura, justificando la intervención percutánea eco guiada más escleroterapia.^{1,7}

Un hallazgo relevante en este caso fue el aspecto "achocolatado y espeso" del líquido aspirado. Si bien los quistes simples suelen contener líquido seroso cetrino, la apariencia hemática o achocolatada suele indicar una hemorragia intra quística previa, un evento común en quistes gigantes que puede elevar discretamente las aminotransferasas, como se observó en el perfil hepático de la paciente.² La negatividad de los estudios parasitológicos (Hidatidosis), cultivos y citología fue fundamental para descartar diagnósticos diferenciales como el absceso

hepático amebiano o el cistoadenoma biliar antes de proceder con la sclerosis.³

Para el abordaje, se utilizó la técnica de Seldinger con un catéter 7 Fr, permitiendo un drenaje controlado de 746 cc. Este método es superior a la punción simple con aguja, ya que el uso de un catéter permite asegurar el vaciamiento total y facilita la instilación del agente esclerosante sin riesgo de fuga peritoneal.⁴

La elección del Etanol al 95% como agente esclerosante (utilizando el 25% del volumen extraído) concuerda con los protocolos de mayor éxito reportados. El etanol actúa desnaturalizando las proteínas de las células epiteliales que revisten la pared del quiste, anulando su capacidad secretora y previniendo la recidiva.⁵ Estudios indexados demuestran que un tiempo de exposición de 10 a 20 minutos, como el aplicado en este caso, es suficiente para lograr la fibrosis del quiste sin aumentar significativamente el riesgo de intoxicación etílica sistémica o dolor severo.^{6,8.}

Finalmente, la ausencia de irritación peritoneal y la reabsorción total visualizada por ecografía post procedimiento confirman que la escleroterapia percutánea sigue siendo el estándar de oro para quistes uniloculares gigantes, ofreciendo una recuperación inmediata frente a la fenestración laparoscópica, la cual conlleva mayores costos y riesgos anestésicos en pacientes de edad avanzada o con comorbilidades como el hipotiroidismo.⁷⁻⁹

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Fuente de financiamiento

Esta investigación no contó con apoyo financiero de ninguna entidad pública, comercial o sin fines de lucro.

Este es un artículo de acceso abierto.

Fecha de recepción: 04/03/2026

Fecha de revisión: 06/03/2026

Fecha de aprobación: 13/03/2026

Referencias

1. Saini S, Gupta N, Kumar A, Singh S. Percutaneous aspiration and sclerotherapy for symptomatic simple hepatic cysts: a systematic review and meta-analysis. *J Vasc Interv Radiol.* 2021;32(7):981–9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33932543/>
2. Moro A, Castro-Gutiérrez A, González-Gómez J. Manejo percutáneo de lesiones quísticas hepáticas: revisión de la técnica de escleroterapia con alcohol. *Rev Esp Enferm Dig.* 2023;115(3):142–50. <https://scielo.isciii.es/pdf/diges/v115n3/11130-0108-diges-115-03-142.pdf>
3. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL clinical practice guidelines on the management of cystic liver diseases. *J Hepatol.* 2022;77(4):1083–108. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35839953/>
4. Wang L, Liang H, Xu S, Zhao L. Management of giant hepatic cysts: a comparative study of ultrasound-guided sclerotherapy versus laparoscopic deroofing. *World J Gastroenterol.* 2022;28(15):1560–72. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9034509/>
5. Ketwaroo GA, Shostak E, Seshadri MK. Interventional radiology management of hepatic cysts. *Clin Liver Dis.* 2020;24(4):631–41. <https://doi.org/10.1016/j.cld.2020.07.003>
6. Kaveri S, Canellas R, Saini S. Minimally invasive management of hepatic cysts: a review. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2022;51(6):920–7. <https://doi.org/10.1067/j.cpradiol.2022.05.004>
7. García-Pérez M, et al. Giant liver cyst: ethanol sclerotherapy as a definitive treatment. *Ann Hepatol.* 2021;24:100345. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33647493/>
8. Choque P, Vázquez A, Vit G. Drenaje percutáneo y escleroterapia con alcohol de quiste hepático simple gigante. *Sociedad Chilena de Radiología (SOCHRADI).* 2024;13:105733.
9. Zarca Díaz de la Espina MA, Martos Plasencia C, Hernández Albuja A, Salmoral Luque R. Seguridad y eficacia de la punción aspiración-drenaje y esclerosis de los quistes hepáticos simples [presentación electrónica científica]. Madrid: Sociedad Española de Radiología Médica; 2019. Disponible en: <https://www.piper.espacioseram.com/index.php/seram/article/download/1021/570/1138>.