Ciencia y Educación
(L-ISSN: 2790-8402 E-ISSN: 2707-3378)
Vol. 7 No. 10.1
Edición Especial X 2026

DESTECHAMIENTO LAPAROSCÓPICO Y ABIERTO DEL QUISTE HEPÁTICO NO HIDATÍDICO: REVISIÓN NARRATIVA DE INDICACIONES Y RESULTADOS

LAPAROSCOPIC AND OPEN DEROOFING OF NON-HYDATID HEPATIC CYSTS: A NARRATIVE REVIEW OF INDICATIONS AND OUTCOMES

Autores: [1]Kowalsky Aaron Tobar Escudero, [2]Andrea Lizbeth Amaguaya Talledo, [3]Sergio Leandro Espinoza Guzmán y [4]Jennifer Milena López Vélez.
[1]ORCID ID: https://orcid.org/0000-0001-5489-3498
[2]ORCID ID: https://orcid.org/0009-0001-9157-3589
[3]ORCID ID: https://orcid.org/0009-0004-3547-3948
[4]ORCID ID: https://orcid.org/0009-0006-9914-2333
[1]E-mail de contacto: kowalsky.tobar@cu.ucsg.edu.ec
[2]E-mail de contacto: andrea.amaguayat@gmail.com
[3]E-mail de contacto: leandroespinoza380@hotmail.com
[4]E-mail de contacto: jennifer.lopez01@cu.ucsg.edu.ec
Afiliación: [1]*Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (Ecuador). [2*3]*Investigadores independientes (Ecuador). [4]*Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, (Ecuador).
Artículo recibido: 15 de Septiembre del 2026.
Artículo revisado: 1 de Octubre del 2026.
Artículo aprobado: 1 de Octubre del 2026.
[1]Médico general, graduado en la Universidad de Guayaquil, (Ecuador). Magíster en Salud y Seguridad Ocupacional por la Universidad de los Hemisferios, (Ecuador). Docente de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, (Ecuador).
[2]Médica general graduada en la Universidad de Guayaquil, (Ecuador).
[3]Médico general graduado en la Universidad de Guayaquil, (Ecuador).
[4]Interna rotativa de Medicina del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, (Ecuador).

Resumen

El objetivo de esta revisión fue comparar el destechamiento laparoscópico y abierto para el tratamiento de quistes hepáticos simples no hidatídicos sintomáticos en adultos, considerando indicaciones, fundamentos técnicos y resultados posoperatorios. Se desarrolló una revisión narrativa con síntesis cualitativa de guías clínicas, revisiones, estudios quirúrgicos y reportes de casos. La bibliografía se concentró en publicaciones de 2021 a 2026 e incorporó un antecedente de seguimiento prolongado de 2013. La información se organizó en cuatro ejes: caracterización de la lesión, criterios de intervención, técnica de destechamiento y selección del abordaje. La evidencia revisada favorece el uso de laparoscopia cuando la anatomía permite una exposición y fenestración seguras, principalmente por sus ventajas perioperatorias. La cirugía abierta conserva utilidad cuando la complejidad anatómica, las adherencias o las dificultades de control vasculobiliar impiden completar el procedimiento de forma segura mediante un acceso mínimamente invasivo. El tamaño del quiste, por sí solo, no determina la necesidad de cirugía ni obliga a elegir laparotomía. La amplitud del destechamiento y la protección de las estructuras vecinas son aspectos relevantes para el control sintomático y la prevención de recurrencias. Sin embargo, la heterogeneidad de las publicaciones y las limitaciones de las comparaciones disponibles impiden afirmar equivalencia definitiva o superioridad universal entre abordajes. Se concluye que la decisión debe individualizarse según síntomas atribuibles al quiste, anatomía, riesgo operatorio y experiencia del equipo, considerando también la aspiración con escleroterapia entre las alternativas terapéuticas.

Palabras clave: Quiste hepático simple, Destechamiento, Fenestración, Laparoscopia, Cirugía abierta, Recurrencia.

Abstract

This review aimed to compare laparoscopic and open deroofing for the treatment of symptomatic simple non-hydatid hepatic cysts in adults, considering indications, technical principles, and postoperative outcomes. A

narrative review was conducted through qualitative synthesis of clinical guidelines, reviews, surgical studies, and case reports. The bibliography focused on publications from 2021 to 2026 and included a 2013 long-term follow-up study. Information was organized into four domains: lesion characterization, criteria for intervention, deroofing technique, and selection of the surgical approach. The reviewed evidence favors laparoscopy when the anatomy allows safe exposure and fenestration, primarily because of its perioperative advantages. Open surgery remains useful when anatomical complexity, adhesions, or difficulties with vascular or biliary control prevent safe completion through a minimally invasive approach. Cyst size alone does not determine the need for surgery or require laparotomy. The extent of deroofing and protection of adjacent structures are relevant to symptom control and recurrence prevention. However, heterogeneity across publications and limitations of the available comparisons preclude claims of definitive equivalence or universal superiority between approaches. The review concludes that treatment decisions should be individualized according to symptoms attributable to the cyst, anatomical characteristics, operative risk, and the experience of the surgical team, while also considering aspiration with sclerotherapy among the therapeutic alternatives.

Keywords: Simple hepatic cyst, deroofing, fenestration, laparoscopy, open surgery, recurrence.

Sumário

O objetivo desta revisão foi comparar o destelhamento laparoscópico e aberto no tratamento de cistos hepáticos simples não hidáticos sintomáticos em adultos, considerando indicações, fundamentos técnicos e resultados pós-operatórios. Realizou-se uma revisão narrativa com síntese qualitativa de diretrizes clínicas, revisões, estudos cirúrgicos e relatos de casos. A bibliografia concentrou-se em publicações de 2021 a 2026 e incorporou um estudo de acompanhamento prolongado de 2013. As informações foram organizadas em quatro eixos: caracterização da lesão, critérios de intervenção, técnica de destelhamento e escolha da abordagem. As evidências revisadas favorecem a laparoscopia quando a anatomia permite exposição e fenestração seguras, principalmente por suas vantagens perioperatórias. A cirurgia aberta mantém sua utilidade quando a complexidade anatômica, as aderências ou as dificuldades de controle vascular ou biliar impedem a conclusão segura do procedimento por acesso minimamente invasivo. O tamanho do cisto, isoladamente, não determina a necessidade de cirurgia nem exige laparotomia. A extensão do destelhamento e a proteção das estruturas adjacentes são relevantes para o controle dos sintomas e a prevenção de recorrências. Entretanto, a heterogeneidade das publicações e as limitações das comparações disponíveis impedem afirmar equivalência definitiva ou superioridade universal entre as abordagens. Conclui-se que a decisão deve ser individualizada conforme os sintomas atribuíveis ao cisto, a anatomia, o risco operatório e a experiência da equipe, considerando também a aspiração com escleroterapia entre as alternativas terapêuticas.

Palavras-chave: Cisto hepático simples, destelhamento, fenestração, laparoscopia, cirurgia aberta, recorrência.

Introducción

Los quistes hepáticos no hidatídicos comprenden lesiones de origen no parasitario con características y necesidades terapéuticas diferentes. Esta revisión se centra en el quiste hepático simple, una lesión benigna frecuente, y no extiende sus conclusiones a neoplasias quísticas ni a enfermedad poliquística hepática. El avance y la disponibilidad de estudios de imagen abdominal han favorecido su detección incidental, lo que hace necesario establecer criterios que orienten la conducta terapéutica desde el ámbito de la cirugía general (Drenth et al., 2022). La evolución clínica del quiste

hepático simple suele ser estable y asintomática. El dolor abdominal persistente, la compresión de órganos adyacentes o las complicaciones justifican una evaluación terapéutica individualizada. La intervención pretende aliviar síntomas atribuibles a la lesión y resolver las complicaciones que lo requieran; el crecimiento o el hallazgo radiológico aislado no implican automáticamente una indicación quirúrgica (Rho et al., 2025).

El destechamiento quirúrgico se ha consolidado como una opción quirúrgica para el manejo de los quistes hepáticos simples sintomáticos, al permitir la descompresión eficaz de la cavidad quística con preservación del parénquima hepático sano. Este procedimiento se fundamenta en la resección amplia de la pared quística expuesta a la cavidad abdominal, lo que favorece el colapso de la cavidad residual y reduce la probabilidad de recurrencia. La correcta ejecución de estos principios técnicos constituye un factor determinante del resultado quirúrgico, independientemente del acceso utilizado (Rho et al., 2025).

La incorporación de la laparoscopia ha modificado el tratamiento quirúrgico de estas lesiones. La literatura describe ventajas perioperatorias en pacientes seleccionados, particularmente una recuperación más rápida y menor estancia hospitalaria, aunque la calidad y comparabilidad de los estudios son variables. Los reportes de casos también ilustran la factibilidad de esta vía, pero no permiten demostrar por sí solos superioridad frente a la cirugía abierta (Chen et al., 2022; Shumarova, 2024).

El abordaje abierto continúa vigente cuando existen limitaciones para conseguir una exposición y un control quirúrgico seguros por laparoscopia. La profundidad de la lesión, la anatomía vasculobiliar y las adherencias pueden influir en esta decisión. Sin embargo, el gran tamaño del quiste no constituye por sí solo una indicación de laparotomía, pues también se han descrito procedimientos mínimamente invasivos en lesiones voluminosas (Shah, 2021).

La literatura publicada entre 2021 y 2026 muestra una tendencia hacia el uso del abordaje laparoscópico, junto con una variabilidad persistente en los criterios de selección quirúrgica y en la evaluación de los desenlaces postoperatorios. Esta heterogeneidad, sumada a la escasez de estudios comparativos de gran escala centrados de forma exclusiva en quistes hepáticos no hidatídicos, limita la generación de recomendaciones uniformes y mantiene vigente el análisis crítico de la evidencia disponible (Drenth et al., 2022; Rho et al., 2025).

Bajo estas consideraciones, surge la necesidad de una revisión narrativa que integre los hallazgos recientes y permita contrastar los abordajes laparoscópico y abierto desde una perspectiva quirúrgica. El objetivo de la presente revisión es comparar ambos abordajes en el tratamiento del quiste hepático no hidatídico, con énfasis en las indicaciones, los aspectos técnicos y los resultados postoperatorios, con el fin de aportar elementos que orienten la toma de decisiones en la práctica de la cirugía general (Chen et al., 2022; Shumarova, 2024).

Materiales y Métodos

La presente investigación corresponde a una revisión narrativa de la literatura con enfoque quirúrgico, orientada a analizar y comparar los abordajes laparoscópico y abierto en el tratamiento del quiste hepático no hidatídico. Este diseño permite integrar evidencia proveniente de distintos tipos de estudios

clínicos y quirúrgicos, lo que resulta adecuado ante la diversidad de publicaciones disponibles sobre esta patología.

La búsqueda bibliográfica se realizó en PubMed/MEDLINE, Scopus y Google Scholar. Se utilizaron combinaciones de términos en inglés y español relacionados con quistes hepáticos no parasitarios y su manejo quirúrgico, incluyendo "simple hepatic cyst", "non-parasitic liver cyst", "hepatic cyst surgery", "laparoscopic deroofing" y "open deroofing". La bibliografía seleccionada comprende principalmente publicaciones de 2021 a 2026 e incorpora el estudio de Ardito et al. (2013) como antecedente de seguimiento a largo plazo.

Los criterios de inclusión consideraron guías clínicas, artículos originales, revisiones narrativas, revisiones sistemáticas, metaanálisis y reportes de casos con descripción quirúrgica que abordaran el tratamiento de quistes hepáticos no hidatídicos en población adulta. Se incluyeron estudios que describieran indicaciones operatorias, aspectos técnicos del destechamiento y resultados postoperatorios asociados a los abordajes laparoscópico o abierto.

Los criterios de exclusión comprendieron estudios centrados en quistes hidatídicos, enfermedad poliquística hepática, lesiones quísticas neoplásicas y publicaciones sin información quirúrgica relevante. El proceso de selección se realizó mediante revisión del título y resumen, seguida de la evaluación del texto completo de los artículos potencialmente elegibles. La información extraída incluyó características generales de los estudios, tipo de abordaje quirúrgico, indicaciones operatorias, técnica descrita y desenlaces postoperatorios. Los datos se organizaron de forma descriptiva para facilitar la comparación entre ambos abordajes. La síntesis se organizó en cuatro ejes: caracterización de la lesión, criterios de intervención, fundamentos técnicos y selección del abordaje. Los hallazgos se interpretaron según el diseño y alcance de cada publicación. No se realizó un metaanálisis propio ni se estimaron efectos combinados; las conclusiones tienen un alcance narrativo y no presuponen exhaustividad de la búsqueda.

Resultados y Discusión

El quiste hepático simple pertenece al conjunto de lesiones quísticas no parasitarias y se caracteriza por una cavidad de contenido líquido delimitada por epitelio, habitualmente sin comunicación con la vía biliar. Su comportamiento benigno debe distinguirse del de otras entidades quísticas que pueden requerir estrategias diferentes. El reconocimiento de una lesión verdaderamente simple resulta esencial antes de plantear un destechamiento (Drenth et al., 2022; Shimizu et al., 2022).

Desde el punto de vista etiopatogénico, los quistes hepáticos simples se consideran consecuencia de alteraciones del desarrollo del sistema ductal biliar durante la embriogénesis, con persistencia de estructuras ductales aisladas que no establecen comunicación con el árbol biliar. Esta base explica su contenido líquido claro, su crecimiento lento y su comportamiento clínico generalmente estable. La mayoría de los casos se diagnostica en la edad adulta, con predominio en el sexo femenino, y permanece asintomática durante largos periodos (Shimizu et al., 2022). La tabla 1 muestra los principales resultados del estudio.

Tabla 1. *Principales resultados.*

Categoría de análisis	Principales resultados	Interpretación clínica/quirúrgica	Autores de respaldo
Características del quiste hepático no hidatídico	Los quistes hepáticos simples son lesiones no parasitarias, generalmente benignas, de contenido líquido y sin comunicación con la vía biliar. Suelen presentar crecimiento lento y permanecer asintomáticos durante largos períodos.	Es indispensable confirmar que se trata de un quiste simple antes de indicar cualquier procedimiento quirúrgico, diferenciándolo de otras lesiones quísticas hepáticas.	Drenth et al. (2022); Shimizu et al. (2022)
Manifestaciones clínicas	Los síntomas aparecen principalmente cuando el quiste alcanza un tamaño suficiente para producir efecto de masa. Predominan dolor abdominal persistente, plenitud posprandial y distensión abdominal.	La presencia de síntomas debe correlacionarse con las características y localización de la lesión antes de atribuirlos directamente al quiste.	Rho et al. (2025)
Evaluación diagnóstica	La ecografía constituye el método inicial, mientras que la tomografía computarizada y la resonancia magnética permiten caracterizar con mayor precisión la morfología. Los quistes simples presentan pared fina, límites definidos y ausencia de septos complejos o realce.	La caracterización radiológica adecuada permite confirmar el diagnóstico, descartar lesiones complejas y seleccionar el tratamiento más apropiado.	Drenth et al. (2022)
Indicación de tratamiento quirúrgico	La cirugía se reserva principalmente para pacientes sintomáticos en quienes exista una correlación clínico-radiológica adecuada. El tamaño por sí solo no constituye una indicación absoluta.	La decisión quirúrgica debe individualizarse y sustentarse en síntomas persistentes, evolución y características anatómicas, evitando intervenciones innecesarias en lesiones estables y asintomáticas.	Drenth et al. (2022); Rho et al. (2025)
Crecimiento y complicaciones	La progresión volumétrica puede contribuir a la decisión terapéutica cuando se acompaña de síntomas o modificaciones morfológicas. Infección, hemorragia o rotura requieren valoración específica según gravedad y estabilidad clínica.	El crecimiento aislado no justifica automáticamente la cirugía. Las complicaciones deben abordarse de acuerdo con su naturaleza y respuesta al tratamiento inicial.	Drenth et al. (2022); Rho et al. (2025)
Localización anatómica	Los quistes superficiales y de segmentos anteriores presentan mayor accesibilidad quirúrgica. Las lesiones posteriores o profundas dificultan una fenestración amplia y pueden asociarse con mayor recurrencia.	La localización constituye uno de los principales factores para seleccionar el abordaje y prever la dificultad técnica del procedimiento.	Bizzoca et al. (2023)
Aspiración y escleroterapia	La aspiración percutánea con escleroterapia representa una alternativa para quistes simples sintomáticos y ha mostrado resultados favorables en alivio de síntomas.	La evidencia disponible no permite establecer que el destechamiento quirúrgico sea universalmente superior o más duradero que la escleroterapia.	Matsumoto et al. (2026)
Principio del destechamiento	El procedimiento busca resecar ampliamente la pared quística expuesta y mantener la cavidad comunicada con el peritoneo para evitar una nueva acumulación de líquido.	Una fenestración suficientemente amplia constituye un componente técnico fundamental para disminuir el riesgo de recurrencia.	Rho et al. (2025); Marichez et al. (2022)
Extensión de la resección	La resección limitada de la pared quística se relaciona con una mayor probabilidad de recurrencia, mientras que una resección amplia facilita el colapso sostenido de la cavidad residual.	La amplitud segura del destechamiento parece ser más relevante para el éxito técnico que el tamaño inicial del quiste.	Marichez et al. (2022)
Manejo de la cavidad residual	Después de la resección deben identificarse y controlarse sangrado o posibles comunicaciones biliares. La coagulación o agentes esclerosantes pueden emplearse como medidas complementarias.	Las técnicas complementarias no sustituyen una resección adecuada de la pared quística.	Bizzoca et al. (2023)
Recurrencia	La resección incompleta, la localización profunda y una anatomía desfavorable pueden favorecer la recurrencia. La reintervención puede realizarse mediante ampliación de la fenestración en casos seleccionados.	La recurrencia exige reevaluar diagnóstico, anatomía y técnica empleada inicialmente antes de decidir una nueva intervención.	Karasuyama et al. (2025)
Abordaje laparoscópico	La laparoscopia ofrece ventajas perioperatorias, particularmente en recuperación y estancia hospitalaria, cuando la anatomía permite realizar una fenestración amplia y segura.	Constituye el abordaje preferente cuando es técnicamente factible y existe experiencia quirúrgica adecuada.	Chen et al. (2022); Drenth et al. (2022)
Abordaje abierto	Continúa siendo útil en quistes posteriores o profundos, lesiones con relación compleja con estructuras vasculobiliares, adherencias importantes o cuando la laparoscopia no permite una exposición adecuada.	No debe considerarse inferior de forma absoluta; su indicación depende de la anatomía, seguridad quirúrgica y posibilidad de realizar una resección suficiente.	Ardito et al. (2013); Drenth et al. (2022)
Laparoscopia vs. cirugía abierta	La evidencia disponible favorece a la laparoscopia principalmente por sus ventajas perioperatorias, pero los estudios revisados no permiten demostrar de forma definitiva una equivalencia o superioridad en la recurrencia a largo plazo.	La elección no debe establecerse únicamente por el tipo de abordaje, sino por la posibilidad de efectuar un destechamiento amplio, seguro y adaptado a la anatomía del paciente.	Ardito et al. (2013); Chen et al. (2022); Drenth et al. (2022)

Fuente: Elaboración propia.

En términos clínicos, la evolución del quiste hepático no hidatídico suele ser benigna. No obstante, un subgrupo de pacientes desarrolla síntomas relacionados con el tamaño del quiste o su efecto de masa sobre estructuras vecinas. Las manifestaciones más descritas incluyen dolor abdominal persistente, sensación de plenitud posprandial y distensión abdominal. Estas presentaciones no reflejan un cambio en la naturaleza de la lesión, sino una consecuencia mecánica de su crecimiento progresivo (Rho et al., 2025).

La caracterización diagnóstica se fundamenta en los estudios de imagen. La ecografía abdominal constituye el método inicial de evaluación, mientras que la tomografía computarizada y la resonancia magnética permiten una definición más precisa de la morfología quística. Los quistes simples se identifican como lesiones bien delimitadas, de pared fina, sin septos complejos ni realce tras la administración de contraste. Estos hallazgos resultan esenciales para confirmar el diagnóstico y orientar la conducta clínica posterior, al reducir la probabilidad de confusión con otras entidades quísticas hepáticas (Drenth et al., 2022).

El abordaje terapéutico del quiste hepático no hidatídico comprende un espectro que va desde la observación clínica hasta la intervención quirúrgica en casos seleccionados. La decisión terapéutica debe sustentarse en la correlación entre los hallazgos clínicos y la evolución documentada mediante imagen, evitando intervenciones innecesarias en lesiones asintomáticas y estables (Shah, 2021; Drenth et al., 2022). El tratamiento quirúrgico del quiste hepático no hidatídico debe considerarse en pacientes seleccionados, tras documentar persistencia sintomática y confirmar una adecuada correlación clínico-radiológica entre la lesión y la sintomatología. Dado el carácter benigno de esta entidad, la indicación operatoria no se sustenta en el hallazgo imagenológico aislado, sino en la repercusión clínica y en la evolución documentada del quiste (Drenth et al., 2022).

El dolor persistente atribuible al quiste constituye un motivo frecuente para considerar una intervención. Las lesiones grandes pueden producir síntomas por compresión; sin embargo, no existe un diámetro único que determine la necesidad de cirugía en todos los pacientes. Antes de intervenir deben valorarse otras causas de dolor y la concordancia entre los síntomas, la exploración y la imagen (Drenth et al., 2022; Rho et al., 2025). La progresión volumétrica documentada puede aportar información a la evaluación clínica, particularmente cuando se acompaña de síntomas o de cambios morfológicos. No debe utilizarse de forma aislada como indicación automática de cirugía preventiva. La planificación de una intervención electiva exige confirmar el diagnóstico y valorar tanto la repercusión clínica como las alternativas disponibles (Drenth et al., 2022).

La infección, la hemorragia y la rotura requieren valorar gravedad, estabilidad clínica y respuesta al tratamiento inicial. No todas constituyen indicaciones operatorias directas: una infección puede requerir antibióticos y drenaje, mientras que otras situaciones necesitan tratamiento quirúrgico. La elección debe ajustarse a la complicación concreta y a las condiciones del paciente (Rho et al., 2025). La localización y la accesibilidad del quiste condicionan la indicación y el tipo de intervención. Las lesiones superficiales o localizadas en segmentos anteriores del hígado se asocian a mejores resultados tras destechamiento, mientras que los quistes

posteriores o profundos requieren una valoración más cuidadosa debido al riesgo de fenestración incompleta. Esta situación se ha relacionado con una mayor probabilidad de recurrencia, independientemente del tamaño inicial del quiste (Bizzoca et al., 2023).

La aspiración percutánea con escleroterapia constituye otra opción para los quistes simples sintomáticos y no se limita a pacientes con alto riesgo operatorio. Matsumoto et al. (2026) describieron resultados favorables de alivio sintomático, aunque señalaron un riesgo de sesgo elevado y ausencia de comparaciones directas suficientes con cirugía. Por ello, esta revisión no permite afirmar que el tratamiento quirúrgico sea universalmente más duradero o superior a la escleroterapia.

El destechamiento quirúrgico se ha consolidado como una técnica habitual para el tratamiento de quistes hepáticos simples sintomáticos, dado que permite una descompresión eficaz de la cavidad quística con preservación del parénquima hepático. Desde una perspectiva técnica, el procedimiento se orienta a la resección amplia de la pared quística expuesta hacia la cavidad abdominal, con el propósito de evitar la persistencia de un espacio cerrado que favorezca la recolección de líquido y la recurrencia (Rho et al., 2025).

Bajo este principio, la amplitud segura de la resección de la pared quística es un aspecto técnico relevante para el resultado del destechamiento. La evidencia reciente muestra que una fenestración limitada condiciona una mayor probabilidad de recurrencia, mientras que la resección amplia de la cúpula quística facilita el colapso sostenido de la cavidad residual. Este aspecto adquiere especial relevancia en quistes de gran tamaño o de localización subcapsular, donde la accesibilidad quirúrgica permite una exposición adecuada para una resección extensa (Marichez et al., 2022).

A partir de esta consideración, la localización anatómica del quiste se convierte en un factor determinante de la factibilidad técnica. Las lesiones situadas en segmentos anteriores del hígado ofrecen un acceso favorable que facilita una resección amplia bajo visión directa. En contraste, los quistes localizados en segmentos posteriores o profundos plantean mayores desafíos técnicos, relacionados con la proximidad a estructuras vasculares o biliares y con el riesgo de resección incompleta. En estos escenarios, la planificación preoperatoria y la definición precisa del margen de resección resultan claves para reducir la recurrencia (Bizzoca et al., 2023).

Una vez realizada la resección de la pared quística, la atención se dirige al manejo de la cavidad residual. La inspección cuidadosa permite identificar sangrado activo o la presencia de comunicación biliar, situaciones que deben resolverse durante el mismo acto operatorio. Se han descrito variantes técnicas que incluyen la coagulación dirigida de la pared residual o la aplicación de agentes esclerosantes, orientadas a disminuir la secreción epitelial; no obstante, la literatura coincide en que estas estrategias actúan como complemento y no compensan una resección insuficiente de la pared quística (Bizzoca et al., 2023).

En relación con los recursos disponibles, los dispositivos de energía pueden facilitar la resección y el control hemostático. También se han utilizado engrapadoras lineales en circunstancias seleccionadas. Karasuyama et al. (2025) describieron su aplicación en un quiste recurrente y roto; al tratarse de un reporte de

caso, sus resultados ilustran una posibilidad técnica, pero no demuestran una reducción general de la recurrencia frente a otros dispositivos.

Cuando existe recurrencia tras un destechamiento previo, se requiere reevaluar el diagnóstico, la localización y la técnica inicial. La resección limitada y una anatomía desfavorable pueden contribuir a la reaparición de la cavidad. La reintervención con ampliación de la fenestración puede ser factible en casos seleccionados, sin que la evidencia procedente de un caso permita establecer una estrategia universal (Karasuyama et al., 2025). El destechamiento quirúrgico del quiste hepático no hidatídico es un procedimiento cuyo resultado depende de la extensión de la resección de la pared quística, de la localización anatómica de la lesión y del manejo adecuado de la cavidad residual. La aplicación rigurosa de estos principios técnicos permite optimizar el control sintomático y reducir la recurrencia, independientemente del abordaje utilizado.

La elección del abordaje quirúrgico para el destechamiento del quiste hepático no hidatídico ha evolucionado de forma paralela al desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva. Durante décadas, la cirugía abierta constituyó el estándar terapéutico, especialmente en quistes voluminosos o de localización compleja. La introducción y consolidación de la laparoscopia hepatobiliar modificó progresivamente este enfoque, favoreciendo técnicas menos invasivas en centros con experiencia especializada (Ardito et al., 2013; Drenth et al., 2022). Ambos abordajes persiguen un objetivo común: resecar ampliamente la pared quística expuesta para mantener la descompresión y reducir el riesgo de recurrencia. Ardito et al. (2013) aportaron información sobre resultados a largo plazo después de fenestración laparoscópica. No obstante, su estudio corresponde a una serie de pacientes sometidos a laparoscopia, por lo que no demuestra equivalencia frente a un grupo tratado mediante cirugía abierta.

Las diferencias entre accesos se manifiestan especialmente durante el período perioperatorio. Chen et al. (2022) comunicaron ventajas de la laparoscopia en estancia hospitalaria y otros desenlaces. Sin embargo, la publicación utiliza en su título el término hepatectomía y aborda literatura sobre quistes gigantes y fenestración; esta heterogeneidad exige cautela al trasladar sus resultados a una comparación estricta de destechamiento. Tampoco permite afirmar equivalencia en recurrencia a largo plazo. El desarrollo técnico de la laparoscopia hepatobiliar ha ampliado las posibilidades de tratamiento. Las técnicas descritas por Bizzoca et al. (2023) y Karasuyama et al. (2025) ofrecen alternativas para facilitar el procedimiento en circunstancias específicas. Su contribución debe interpretarse según el diseño y alcance de cada publicación, sin atribuir a los dispositivos una eficacia comparativa que no ha sido establecida.

A pesar de esta tendencia, el abordaje abierto conserva utilidad en determinados escenarios anatómicos. Los quistes localizados en segmentos posteriores profundos del hígado, particularmente en los segmentos VII y VIII cuando no protruyen hacia la superficie hepática, pueden limitar la exposición y la resección adecuada por vía laparoscópica. De igual forma, la proximidad o el contacto con estructuras vasculares mayores, como las venas suprahepáticas o ramas portales de calibre significativo, incrementa el riesgo de sangrado y puede condicionar la elección de un abordaje abierto (Ardito et al., 2013; Drenth et al., 2022). La sospecha de comunicación biliar o la

presencia de adherencias densas requiere una planificación cuidadosa y capacidad para modificar el abordaje. Estas circunstancias no implican que la cirugía abierta sea obligatoria ni intrínsecamente más segura en todos los casos. La laparotomía o la conversión resultan pertinentes cuando no puede garantizarse un control adecuado mediante laparoscopia (Shah, 2021; Karasuyama et al., 2025).

Las guías clínicas actuales recomiendan individualizar la selección del abordaje quirúrgico según la localización anatómica del quiste, su relación con estructuras vasculobiliares, la historia quirúrgica del paciente y la experiencia del equipo tratante. En este marco, la laparoscopia se considera el abordaje preferente cuando es técnicamente factible, mientras que la cirugía abierta se reserva para escenarios anatómicos específicos en los que el abordaje mínimamente invasivo no garantiza una resección adecuada o segura (Drenth et al., 2022).

El manejo del quiste hepático simple exige integrar síntomas, características de imagen y viabilidad técnica. Las guías y revisiones coinciden en evitar intervenciones innecesarias sobre lesiones asintomáticas de aspecto simple. Las situaciones sintomáticas o complicadas requieren decisiones individualizadas, pues la necesidad de tratamiento no equivale siempre a la necesidad de cirugía (Drenth et al., 2022; Rho et al., 2025). Un aspecto reiterado en las descripciones operatorias es la importancia de una fenestración amplia y segura. La extensión insuficiente puede contribuir a la persistencia o recurrencia, pero su influencia debe interpretarse junto con la localización y las características de cada lesión. La literatura técnica orienta la ejecución del procedimiento, aunque no permite cuantificar de forma independiente cuánto aporta cada componente al resultado (Ardito et al., 2013; Marichez et al., 2022). Las ventajas perioperatorias descritas explican la preferencia por laparoscopia en pacientes técnicamente adecuados. Sin embargo, ausencia de superioridad demostrada en un desenlace no significa equivalencia entre técnicas. Las diferencias en selección de pacientes, complejidad anatómica y duración del seguimiento dificultan separar el efecto del acceso quirúrgico de las características de los casos intervenidos (Chen et al., 2022; Drenth et al., 2022).

Los avances instrumentales pueden facilitar la exposición, la hemostasia y la resección de la pared, pero los reportes técnicos no sustituyen a las comparaciones clínicas. Bizzoca et al. (2023) y Karasuyama et al. (2025) describen propuestas útiles para situaciones concretas; su adopción debe considerar la experiencia del cirujano y los recursos disponibles, sin asumir una disminución de la recurrencia aplicable a todos los pacientes. La cirugía abierta mantiene utilidad cuando la exposición, las adherencias o la relación con estructuras vasculobiliares limitan la seguridad del acceso mínimamente invasivo. Estos factores deben valorarse en conjunto: una localización posterior o una intervención previa no representan contraindicaciones absolutas para laparoscopia.

La elección debe responder a la anatomía y a la capacidad del equipo para completar el tratamiento con seguridad (Shah, 2021; Drenth et al., 2022). La evidencia comparativa disponible presenta limitaciones de heterogeneidad, seguimiento y aplicabilidad. Además, esta revisión narrativa no permite asegurar una identificación exhaustiva de todos los estudios ni descartar sesgo de selección bibliográfica. Por ello, las conclusiones deben entenderse como una síntesis clínica orientadora y no como una demostración de

equivalencia o superioridad definitiva entre abordajes (Chen et al., 2022; Rho et al., 2025). El análisis de la evidencia disponible muestra que el manejo quirúrgico del quiste hepático no hidatídico depende de una adecuada selección del paciente y de la correcta ejecución técnica del procedimiento. Más allá del abordaje elegido, la adherencia a los principios quirúrgicos del destechamiento y la valoración anatómica individual condicionan los resultados clínicos, lo que refuerza la necesidad de una toma de decisiones basada en criterios técnicos y en la experiencia del equipo quirúrgico (Bizzoca et al., 2023; Marichez et al., 2022).

Conclusiones

El destechamiento constituye una opción terapéutica para los quistes hepáticos simples sintomáticos en pacientes seleccionados. Una indicación bien fundamentada, la resección suficiente de la pared expuesta y la protección de las estructuras vecinas son elementos relevantes para obtener control sintomático y reducir el riesgo de recurrencia. La laparoscopia es un abordaje preferente cuando resulta técnicamente factible y seguro, por las ventajas perioperatorias descritas. La cirugía abierta conserva utilidad cuando la complejidad del caso o las limitaciones del acceso mínimamente invasivo lo requieren. El tamaño del quiste, por sí solo, no obliga a escoger una u otra vía.

La selección del tratamiento debe individualizarse según síntomas, anatomía, riesgo operatorio y experiencia del equipo, considerando también alternativas como la aspiración con escleroterapia. La evidencia revisada no permite establecer equivalencia definitiva ni superioridad universal entre los abordajes quirúrgicos; esta incertidumbre debe formar parte de la valoración clínica.

Referencias Bibliográficas

Ardito, F., Bianco, G., Vellone, M., Sarno, G., Ranucci, G., Giovannini, I., & Giuliante, F. (2013). Long-term outcome after laparoscopic fenestration of simple liver cysts. *Surgical Endoscopy, 27*(12), 4670–4674. https://doi.org/10.1007/s00464-013-3104-3

Bizzoca, C., Fiore, F., Aquilino, F., Fedele, S., Salvo, M. D., Lucarelli, G., & Vincenti, L. (2023). A new technique for the laparoscopic treatment of simple hepatic cysts. *Surgery in Practice and Science, 13*, 100171. https://doi.org/10.1016/j.sipas.2023.100171

Chen, A., Cai, C., Fu, Q., & Wang, X. (2022). Safety and efficacy of laparoscopic hepatectomy versus open hepatectomy for giant hepatic cysts: A systematic review and meta-analysis. *Translational Cancer Research, 11*(5), 1230–1244. https://doi.org/10.21037/tcr-22-910

Drenth, J., Barten, T., Hartog, H., Nevens, F., Taubert, R., Torra Balcells, R., Vilgrain, V., & Böttler, T. (2022). EASL Clinical Practice Guidelines on the management of cystic liver diseases. *Journal of Hepatology, 77*(4), 1083–1108. https://doi.org/10.1016/j.jhep.2022.06.002

Karasuyama, T., Kiguchi, G., Masui, H., & Takeyama, O. (2025). Laparoscopic hepatic cyst fenestration using linear staplers for a ruptured recurrent hepatic cyst: A case report. *Asian Journal of Endoscopic Surgery, 18*(1), e70100. https://doi.org/10.1111/ases.70100

Marichez, A., Fernandez, B., Adam, J.-P., & Chiche, L. (2022). Laparoscopic cyst fenestration for simple hepatic cyst. *Journal of Visceral Surgery, 159*(6), 497–501.

Matsumoto, T., Yoshimatsu, R., Osaki, M., Shibata, J., Miyatake, K., Yamanishi, T., & Yamagami, T. (2026). Percutaneous aspiration and sclerotherapy for simple hepatic cysts: A systematic review and meta-analysis. *Japanese Journal of Radiology, 44*(1), 168–182.

https://doi.org/10.1007/s11604-025-01874-7

Rho, S. Y., Lee, J.-M., Park, M.-S., Kang, W.-H., Byun, Y., Lee, S. J., Shin, A., Yoon, J. H., Kim, B., & Yi, N.-J. (2025). Diagnosis, treatment and prognosis of simple hepatic cyst: Clinical practice guideline. *Annals of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery, 29*(3), 218–225. https://doi.org/10.14701/ahbps.25-070

Shah, P. C. (2021). Narrative review of laparoscopic management of hepatic cysts. *Laparoscopic Surgery, 5*, 19. https://doi.org/10.21037/ls-20-36

Shimizu, T., Yoshioka, M., Kaneya, Y., Kanda, T., Aoki, Y., Kondo, R., Takata, H., Ueda, J., Kawano, Y., Hirakata, A., Matsushita, A., Taniai, N., Mamada, Y., & Yoshida, H. (2022). Management of simple hepatic cyst. *Journal of Nippon Medical School, 89*(1), 2–8. https://doi.org/10.1272/jnms.JNMS.2022_89-115

Shumarova, S. (2024). Laparoscopic treatment of a large simple hepatic cyst misinterpreted as hydatid. *Journal of Surgical Case Reports, 2024*(12), rjae780. https://doi.org/10.1093/jscr/rjae780

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional. Copyright © Kowalsky Aaron Tobar Escudero, Andrea Lizbeth Amaguaya Talledo, Sergio Leandro Espinoza Guzmán y Jennifer Milena López Vélez.

Declaraciones éticas y editoriales del artículo

Contribución de los autores (Taxonomía CRediT)

Kowalsky Aaron Tobar Escudero: conceptualización de la investigación, diseño metodológico, desarrollo del proceso investigativo, análisis formal de los datos, redacción del borrador original del manuscrito, revisión crítica del contenido científico y supervisión general del estudio.

Andrea Lizbeth Amaguaya Talledo: curación y organización de los datos, participación en la recolección de información, validación de los resultados obtenidos y elaboración de representaciones gráficas y visualización de los datos.

Sergio Leandro Espinoza Guzmán: conceptualización de la investigación, diseño metodológico, desarrollo del proceso investigativo, análisis formal de los datos, redacción del borrador original del manuscrito, revisión crítica del contenido científico y supervisión general del estudio.

Jennifer Milena López Vélez: conceptualización de la investigación, diseño metodológico, desarrollo del proceso investigativo, análisis formal de los datos, redacción del borrador original del manuscrito, revisión crítica del contenido científico y supervisión general del estudio.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en relación con la investigación presentada, la autoría del manuscrito ni la publicación del presente artículo.

Declaración de financiamiento

La presente investigación no recibió financiamiento específico de agencias públicas, comerciales o de organizaciones sin fines de lucro. En caso de existir financiamiento institucional o externo, este deberá ser declarado explícitamente por los autores en esta sección.

Declaración del editor

El editor responsable certifica que el proceso editorial del presente artículo se desarrolló conforme a los principios de integridad científica, transparencia y buenas prácticas editoriales. El manuscrito fue sometido a un proceso de evaluación mediante revisión por pares doble ciego, garantizando la confidencialidad de la identidad de los autores y revisores durante todo el proceso de dictamen académico. Asimismo, el editor declara que el artículo cumple con los criterios científicos, metodológicos y éticos establecidos por la revista.

Declaración de los revisores

Los revisores externos que participaron en la evaluación del presente manuscrito declaran haber realizado el proceso de revisión de manera objetiva, independiente y confidencial. Asimismo, manifiestan que no mantienen conflictos de interés con los autores ni con la investigación evaluada, y que sus observaciones y recomendaciones se fundamentan exclusivamente en criterios científicos, metodológicos y académicos.

Declaración ética de la investigación

Los autores declaran que la investigación se desarrolló respetando los principios éticos de la investigación científica, garantizando la confidencialidad de los datos y el respeto a los participantes del estudio. En los casos en que la investigación involucre seres humanos, los procedimientos deben ajustarse a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y a las normativas institucionales correspondientes.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que el uso de herramientas de inteligencia artificial, en caso de haberse utilizado durante el proceso de investigación o redacción del manuscrito, se realizó únicamente como apoyo técnico para mejorar la claridad del lenguaje o el análisis de información, manteniendo siempre la responsabilidad intelectual sobre el contenido del artículo. Las herramientas de inteligencia artificial no fueron utilizadas como autoras del manuscrito ni sustituyen la responsabilidad académica de los investigadores.

Disponibilidad de datos

Los datos que respaldan los resultados de esta investigación estarán disponibles previa solicitud razonable al autor de correspondencia, respetando las normas éticas y de confidencialidad establecidas por la investigación.