



Resultados en el tratamiento quirúrgico de la hidatidosis hepática no complicada

Results from the surgical treatment of non-complicated hepatic hydatidosis

Dr. Gustavo A. Nari

Dr. Eduardo Moreno,

Dr. Mario Nassar,

Dr. Omar Ponce

Resumen

Objetivo: Informar de los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico de hidatidosis hepática no complicada.

Sede: Hospitales de segundo nivel de atención.

Diseño: Estudio retrospectivo, observacional sin grupo control.

Pacientes y métodos: Se estudiaron 25 pacientes portadores de quistes hidatídicos no complicados del hígado. Se analizaron: sexo, localización, procedimiento quirúrgico utilizado, complicaciones, mortalidad perioperatoria y seguimiento con ultrasonografía y tomografía computada.

Resultados: Hubo un total de 43 quistes en 25 pacientes, de los cuales 15 fueron mujeres y 10 hombres; sus edades oscilaron entre 30 y 70 años con una media de 59. Treinta quistes se localizaron en el lóbulo hepático derecho y 13 en el izquierdo; se empleó para su tratamiento siete técnicas quirúrgicas, de ellas la más utilizada fue la pericistectomía en 17 ocasiones seguida de lobectomía en 14. Las complicaciones observadas fueron: en tres pacientes bilirragia, dos pacientes con infección de la herida y en uno infección intraquística. Falleció un paciente (4%). El seguimiento de los pacientes ha variado de 6 meses a 8 años, con una media de 38 meses sin recidiva.

Abstract

Objective: To report our results with surgical treatment of non-complicated hepatic hydatidosis.

Setting: Second level health care hospitals.

Design: Retrospective, observational study without control group.

Patients and methods: We studied 25 patients, carriers of non-complicated hepatic hydatidic cysts. We analyzed gender, location, used surgical procedure, complications, peri-operative mortality, and follow-up with ultrasonography and computed tomography.

Results: There were a total of 43 cysts in 25 patients, 15 women and 10 men, their ages ranged between 30 and 70 years, mean of 59. Thirty cysts were located in the right hepatic lobe and 13 in the left one; seven surgical techniques were used for their treatment, of these the most frequent was pericystectomy (17 times), followed by lobectomy (14 times). Complications were: bilirachia in three patients, wound infection in two patients and intra-cyst infection in one. One patient died (4%). Follow-up of patients has varied from 6 months to a year, with a mean of 38 months without recurrences.

Conclusion: Non-complicated hepatic hydatidosis, in its cystic form, responds adequately to surgical treatment.

Servicios de Cirugía del Sanatorio San Martín en Santiago del Estero, Hospital San Roque en Córdoba y Sanatorio Pasteur en Catamarca, República Argentina

Recibido para publicación: 8 de febrero 2000

Aceptado para publicación: 28 de febrero 2000

Correspondencia: Dr. Gustavo Nari, Sanatorio San Martín, San Martín 64- 4200, Santiago del Estero, Argentina

E-mail: nari@arnet.com.ar

Conclusión: La hidatidosis hepática no complicada, en su forma quística, responde adecuadamente al tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: Hidatidosis, hígado, pericistectomía.
Cir Gen 2001; 23: 29-32

Key words: Liver, hepatic hydatidosis, pericistectomy.
Cir Gen 2001; 23: 29-32

Introducción

Esta parasitosis es una zoonosis producida por la tenia *Equinococcus granulosus*, que en su forma larvaria toma el aspecto de un saco conteniendo un líquido "Cristal de Roca" característico. El hígado es el órgano más afectado, siguiendo en orden el pulmón. Existen en la actualidad diferentes propuestas terapéuticas que oscilan desde tratamiento con antiparasitarios hasta la cirugía.

En referencia a esta última con el correr de los años muchas técnicas han sido propuestas, algunas han caído en desuso, otras continúan vigentes, existe una gran diversidad de ellas, lo que confirma que es una entidad de manejo difícil. El objetivo de la presente comunicación es el de analizar nuestros resultados con el tratamiento quirúrgico de esta patología.

Pacientes y métodos

Fueron incluidos dentro del presente estudio 25 pacientes portadores de 43 quistes hidatídicos no complicados de hígado, los datos fueron extraídos de las historias clínicas de los pacientes. Los datos analizados en esta serie fueron: sexo, edad, localización, procedimiento quirúrgico utilizado, complicaciones, mortalidad perioperatoria y seguimiento posoperatorio. La mortalidad perioperatoria fue considerada arbitrariamente hasta pasados 2 meses de la intervención quirúrgica. El seguimiento de los pacientes fue evaluado con controles ecográficos.

Resultados

De los 25 pacientes, 15 fueron mujeres y 10 hombres, la edad osciló entre 30 y 70 con una media de 59 años. El total de quistes tratados fue de 43, de los

Cuadro I

Técnica utilizada	Número de quistes
Pericistectomía	17
Mabit	5
Lobectomía izquierda	8
Hepatectomía derecha	6
Segmentectomía	2
Laparoscópico	4
Cistoyeyunoanastomosis	1
Total	43

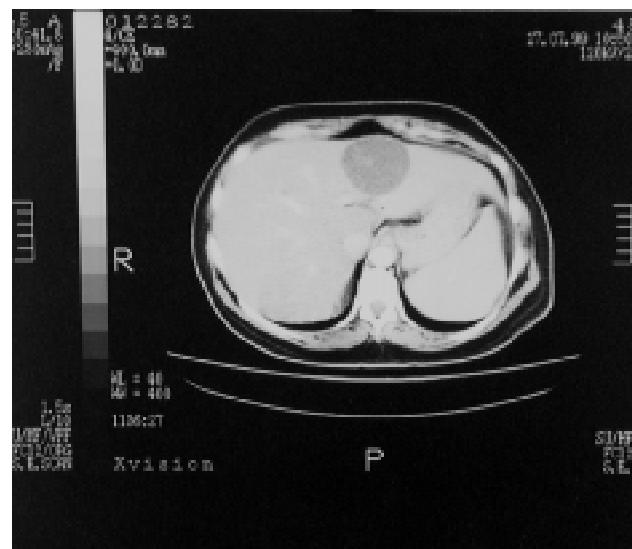


Fig. 1. Tac que muestra quiste en el lóbulo hepático izquierdo.

cuales 30 se localizaron en el lóbulo derecho del hígado y los 13 restantes en el izquierdo (**Figuras 1 y 2**). Las técnicas quirúrgicas empleadas fueron 7 y el número de quistes tratados con cada una de ellas se muestran en el **cuadro I**.

Del total de pacientes tratados, en 23 se efectuó en el mismo acto operatorio colecistectomía, en 19 de ellos por presentar en forma concomitante patología litiasica, en uno el anatomopatólogo informó un adenocarcinoma vesicular incipiente, los pacientes restantes habían sido colecistectomizados con anterioridad en otros centros y a uno de éstos le realizamos una lobectomía pulmonar izquierda 6 meses antes del tratamiento de su hidatidosis hepática por un quiste complicado de pulmón (hematemesis grave).

Dentro de las complicaciones, observamos una infección intraquística seria en el paciente sometido a cistoyeyunoanastomosis y que debió ser reintervenido, con buena evolución posterior, en 3 pacientes existió bilirragia que cedió espontáneamente, un paciente presentó derrame pleural sintomático que no requirió drenaje y evolucionó favorablemente, finalmente dos pacientes presentaron infección de la herida operatoria con buena evolución con curaciones y control periódico. La mortalidad fue de 4% (un paciente) y se debió a tromboembolismo pulmonar el día 11 de po-

soperatorio. Finalmente, el seguimiento varió entre 6 meses y 8 años con una media de 38 meses, no se ha detectado ninguna recidiva hasta la fecha.

Discusión

La hidatidosis hepática, conocida como "enfermedad de las manos sucias", es una zoonosis que se presenta con elevada frecuencia en algunas provincias de la República Argentina, constituye un importante problema de salud pública; la mayoría de los enfermos que la padecen son habitantes de zonas desprotegidas, con bajo nivel sociocultural, por lo que la prevención es la mayoría de las veces difícil y debe ser llevada a cabo por el médico que recibe un paciente ya parasitado.

La localización hepática es la más frecuente seguida por la pulmonar, el lóbulo derecho del hígado es el que se encuentra, como en esta serie, comprometido con mayor frecuencia.^{1,2}

En la actualidad existe una gran diversidad de propuestas terapéuticas, desde el uso de antiparasitarios como el mebendazol o albendazol, tratamientos percutáneos, hasta la cirugía,³⁻⁷ siendo esta última, a nuestro entender, lo que coincide con otros autores, la que mejores perspectivas de curación ofrece al paciente.^{1,8-14}

Dentro del tratamiento quirúrgico existe una importante gama de técnicas y tácticas operatorias, algunas han sido abandonadas y otras continúan en vigencia.

Nosotros hemos empleado siete técnicas diferentes. Habitualmente utilizamos incisiones transversales (Kocher, Crile), después de una adecuada liberación hepática, de aislar el campo operatorio con compresas y de realizar colangiografía transoperatoria para un adecuado conocimiento del árbol biliar y de descartar comunicaciones quistobiliares, irrigamos la zona con abundante solución salina. Es, a nuestro entender, en este momento donde se toma la decisión de la técnica o táctica quirúrgica a seguir.



Fig. 2. Tac que muestra varios quistes.

De los 43 quistes tratados, 17 fueron resueltos con pericistectomía, cinco con el procedimiento de Mabit, dos con segmentectomía, uno con cistoyeyunoanastomosis, cuatro con procedimiento laparoscópico (punción, aspiración, esterilización y destechamiento) y en dos oportunidades (14 quistes), con hepatectomía mayor.

En 23 pacientes se asoció al tratamiento colecistectomía, con patología litiasica en 19 de ellos, cuatro de éstas fueron colecistectomías laparoscópicas. Dentro de las complicaciones durante el acto operatorio tuvimos una ruptura de la vena suprahepática derecha al realizar una pericistectomía de un quiste que se encontraba "montado" sobre ella, la hemorragia fue cohibida satisfactoriamente y no tuvo consecuencias en el posoperatorio.

Durante el posoperatorio observamos una seria infección intraquística en el paciente sometido a cistoyeyunoanastomosis, lo que motivó una reintervención con buena evolución posterior, en tres pacientes existió bilirragia (hepatectomía derecha, lobectomía izquierda, pericistectomía) que evolucionaron favorablemente agotándose el débito a los pocos días, un paciente (hepatectomía derecha) presentó un derrame pleural levemente sintomático que no requirió drenaje y dos pacientes presentaron abscesos de pared que se resolvieron con curación diaria.

En lo que se refiere a mortalidad perioperatoria, una paciente falleció en el día 11 de posoperatorio por tromboembolia pulmonar, representando la única muerte en esta serie (4%).

El seguimiento tuvo una media de 38 meses, no detectándose hasta la fecha ninguna recidiva demostrable ecográficamente o por pruebas para hidatidosis.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la pericistectomía, el procedimiento de Mabit, las resecciones hepáticas y probablemente la cirugía laparoscópica, son las únicas técnicas que deben ser tenidas en cuenta.

La elección del procedimiento a realizar estará dictada por:

- Complejidad del centro donde se realiza la cirugía.
- Capacitación del cirujano actuante.

- Número, tamaño y localización de los quistes.

Los dos primeros se resuelven derivando este tipo de patología a centros y equipos quirúrgicos con experiencia en cirugía hepática.

Finalmente la pericistectomía es el tratamiento "ideal" de la hidatidosis hepática, pero es riesgosa cuando los quistes son muchos o se encuentran en segmentos posteriores, cercanos a elementos vasculares importantes y donde las maniobras quirúrgicas son difíciles, se presentó hemorragia importante por lesión de una vena suprahepática al realizarla, es en este caso donde el procedimiento de Mabit nos parece como el adecuado, como tratamiento parasiticida, antes de abrir el quiste, si bien existen diversas soluciones^{15,16} nosotros utilizamos el agua oxigenada intraquística. Las resecciones hepáticas son de utilidad cuando los quistes son grandes y ocupan un segmento o lóbulo o cuando son muchos y afectan un lóbulo como en alguno de nuestros enfermos.

En lo que respecta al abordaje laparoscópico^{17,18} si bien la experiencia es escasa, consideramos que puede ser una alternativa a tener en cuenta, sin embargo, la posibilidad de una diseminación por ruptura es el principal argumento contra esta técnica. Por último, la cistoyeyunoanastomosis propuesta por Pelisier, la consideramos una técnica que debe ser abandonada.

Referencias

1. Alfieri S, Doglietto GB, Pacelli F, Costamagna G, Carriero C, Mutignani M, et al. Radical surgery for liver hydatid disease: a study of 89 consecutive patients. *Hepatogastroenterology* 1997; 44: 496-500.
2. Nari G, Moreno E, Nassar M, Granero E, Olivares S. Hidatidosis equinococcosica hepática: Nuestra experiencia. *Rev Argent Gastroenterol* 1996; 10: 3-6.
3. Dilsiz A, Acikgozoglu S, Gunel E, Dagdonderen L, Kaseoglu B, Gundogan AH. Ultrasound-guided percutaneous drainage in the treatment of children with hepatic hydatid disease. *Pediatr Radiol* 1997; 27: 230-3.
4. Filice C, Brunetti E. Use of PAIR in human cystic echinococcosis. *Acta Trop* 1997; 64: 95-107.
5. Gil Grande L, de la Serna C. The current state of the medical treatment of abdominal hydatidosis. (*Echinococcus granulosus*). *Gastroenterol Hepatol* 1997; 20: 366-9.
6. Khuroo MS, Wani NA, Javid G, Khan BA, Yattoo GN, Shah AH, et al. Percutaneous drainage compared with surgery for hepatic hydatid cysts. *N Engl J Med* 1997; 337: 881-7.
7. Turkcapar AG, Ersoz S, Gungor C, Aydinuraz K, Yerdel Ma, Aras N. Surgical treatment of hepatic hydatidosis combined with perioperative treatment with albendazole. *Eur J Surg* 1997; 163: 923-8.
8. Amicucci G, Sozio ML, Sozio A, Bocchio M, Rizzo FM. Cisti idatidee del lobo destro del fegato trattate con perecistectomie totali per via transparenchimale. *G Chir* 1998; 19: 49-50.
9. Daher M, Abi-Akl A, Rassi Z, Souraty P, el-Khazem M, Khalife P. Diagnosis and treatment of hydatid cysts of the liver. Apropos of 87 cases operated on between 1980 and 1992. *J Med Liban* 1996; 44: 121-8.
10. Di Matteo G, Bove A, Chiarini S, Capuano LG, De Antoni G, Lanzi G, et al. Hepatic echinococcus disease: our experience over 22 years. *Hepatogastroenterology* 1996; 43: 1562-5.
11. Escarti Arias A, Aquilella Diago V, Martínez Díez M, Val-Carreres Guinda A, Arribas de Amo M, González González M. Hidatidosis hepática. Tratamiento quirúrgico de 136 casos. *Cirugía Española* 1997; 61: 108-111.
12. Gogas J, Papachristodoulou A, Zografos G, Papastratis G, Gardikis S, Markopoulos C et al. Erfahrungen mit der chirurgischen Therapie der Leberechinococcosis. *Zentralbl Chir* 1997; 122: 339-43.
13. Miguelena Bobadilla J, Queralt Solari C, Salinas Payer J, Laguens Sahun P, Güemes A, Deus Fombellida J, et al. Cirugía radical: Tratamiento de elección en la hidatidosis hepática. Aportación de nuestra experiencia. *Cirugía Española* 1988; 44: 589-94.
14. Sarbu V, Unc O, Bratu M. O noua tehnica chirurgicala in tratamentul chistului hidatide hepatic necomplikit. *Chirurgia* (Bucur) 1998; 93: 39-42.
15. Besim H, Karayalcin K, Hamamci O, Gungor C, Korkmaz A. Scolicidal agents in hydatid cysts surgery. *HPB Surg* 1998; 10: 347-51.
16. Landa Garcia JL, Alonso E, Gonzalez-Uriarte J, Rodriguez Romano D. Evaluation of scolicidal agents in an experimental hydatid disease model. *Eur Surg Res* 1997; 29: 202-8.
17. Marks J, Mouiel J, Katkhouda N, Gugenheim J, Fabiani P. Laparoscopic liver surgery. A report on 28 patients. *Surg Endosc* 1998; 12: 331-4.
18. Sabau D, Draghinceanu M, Iugulescu M, Avgherino S, Matei C, Stadnicou O, et al. Chistul hidatide hepatic in chirurgia mini-invaziva. *Chirurgia* (Bucur) 1997; 92: 59-65.

