

Tratamiento radical de quiste hidatídico

Erick Isaí Reyes-Irigoyen,** Pablo Miranda-Fraga,* Javier García-Álvarez,**
Emilia Robledo-Ulloa,** Claudia Yasmín Díaz-Aguilar,** Oscar Porras-Escorcia***
Fausto Campos-Guzmán,**** José Antonio Lemus Tiscareño****

RESUMEN

Introducción. El quiste hidatídico del hígado es causado por *Echinococcus granulosus*, se ha considerado endémico en varios países, pero es prácticamente ausente en México. **Caso clínico.** Mujer de 20 años de edad del Estado de México, con historia familiar sin importancia para el padecimiento actual. Fue admitida en el hospital con dolor abdominal de tres meses en el cuadrante superior derecho y región epigástrica. Se detectó un crecimiento asimétrico en cuadrante superior derecho en la exploración física. El ultrasonido y la tomografía computarizada revelaron un quiste hidatídico gigante en el lóbulo hepático derecho de 10 cm de diámetro. Se realizó una pericistectomía abierta, y la paciente fue egresada a los tres días sin complicaciones. **Conclusión.** El tratamiento quirúrgico con cirugía abierta continúa siendo el método más accesible y ampliamente practicado para el tratamiento en el quiste hidatídico.

Palabras clave: *Echinococcus granulosus*, cirugía, quiste hidatídico del hígado.

ABSTRACT

Introduction. Hydatid disease of the liver is caused by *Echinococcus granulosus*, it has been considered endemic in many countries, but practically absent in México. **Case report:** The patient is a 20 year-old female from Estado de México, with family history of no importance for her actual disease. She was admitted to the hospital with a 3 month abdominal pain in the right upper quadrant and epigastric region. An asymmetrical right upper quadrant enlargement was detected on physical examination. Ultrasonography and computerized tomography revealed a giant hydatid cyst in the right hepatic lobe, measuring 10 cm in diameter. Open pericystectomy was performed, the patient was discharged 3 days after without complications. **Conclusion.** The surgical management with open surgery remains the most accessible and widely practiced method of treatment in hydatidic cyst.

Key words: *Echinococcus granulosus*, surgery, liver hydatid disease.

INTRODUCCIÓN

Equinococosis, hidatidosis o enfermedad hidatídica es la causa más frecuente de quistes hepáticos en el mundo,^{1,2} sobre todo en áreas en donde se practica crianza de ovejas y bovinos.³ El quiste hidatídico es una zoonosis causada por el *Echinococcus granulosus*, que causa la afección hepática.^{4,5}

CASO CLÍNICO

Mujer de 20 años de edad sin antecedentes personales patológicos de importancia, negó convivencia con animales. Acudió a valoración por cuadro de tres meses de evolución con distensión abdominal y dolor leve en hipocondrio derecho, acudió con facultativo sin presentar mejoría con tratamiento sintomático, se solicitó un ultrasonido con presencia de lesión quística que abarca segmentos V y VI, con septos internos, con pared de 2 mm y calcificación en segmento V de 20 mm de diámetro, compatible con quiste hidatídico, solicitando serología con positividad de IgG a equinococos. A la exploración física se encontró paciente orientada, hidratada,

* Médico adscrito al Servicio de Cirugía General, Hospital Juárez de México.
** Jefe del Servicio de Cirugía General, Hospital Juárez de México.
*** Residente de Cirugía General, Hospital Juárez de México.
**** Servicio de Cirugía General, Hospital Juárez de México.

cardiopulmonar sin compromiso aparente, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin datos de irritación peritoneal. Laboratorios: Hb 14.9, Hto 45.3%,

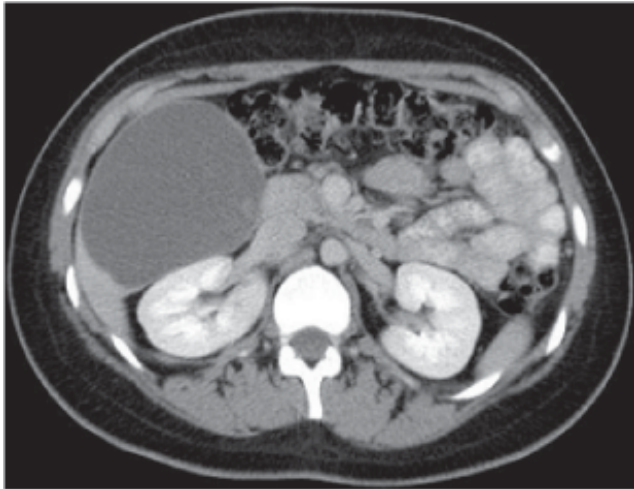


Figura 1. Tomografía de control que muestra quiste de 10 x 10 cm, con riesgo de ruptura.

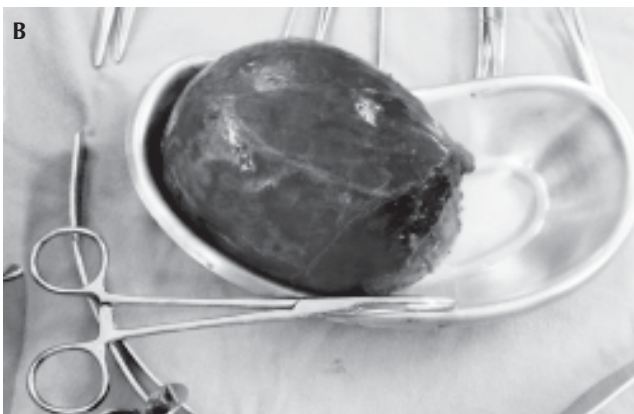
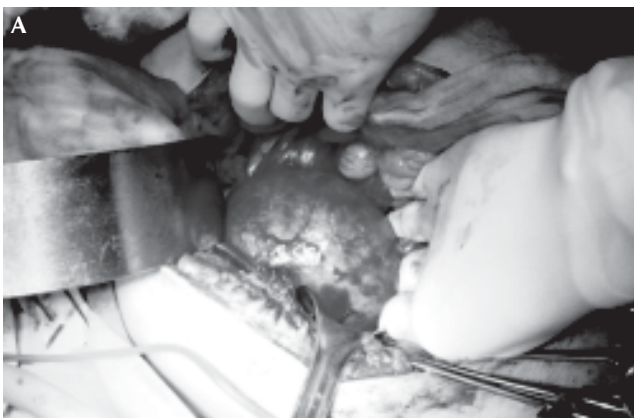


Figura 2. Resección de quiste hidatídico.

Plt 152 mil, Leu 7.0, Neu 66.4%, Eos 1.0%, TP 11.9, TTP 33.8, Crea 1.1, Glu 83, BUN 18. Se administró tratamiento con albendazol 200 mg cada 8 h por tres meses. En la tomografía de control se observó quiste de 10 x 10 cm, con riesgo de ruptura (Figura 1), por lo que se realizó resección de quiste hidatídico (Figura 2).

DISCUSIÓN

El ciclo parasitario incluye la infección de un huésped definitivo (perros, coyotes, zorros) y huéspedes intermedios como ovejas, cerdos, cabras. En los huéspedes definitivos la forma adulta del gusano permanece en el intestino delgado, excretando los huevos por las heces; al ser ingeridos por los huéspedes intermedios la larva es liberada del huevo y es transportada al hígado, pulmones y otros órganos donde desarrolla el quiste hidatídico.

El 75% de los pacientes se presentan con una masa abdominal asintomática;^{4,6} aproximadamente un tercio de los pacientes se presentan con síntomas compresivos o complicaciones, las cuales deben ser sospechadas en pacientes que se presentan con dolor abdominal agudo y severo.^{5,6}

Para el diagnóstico del quiste hidatídico se ha demostrado que la mayoría de los estudios de laboratorio resultan no específicos y no concluyentes; siendo útiles los estudios de hemaglutinación,^{4,6} la detección de anticuerpos específicos IgG contra equinococos por serología y la prueba de ELISA, que es útil para detectar anticuerpos contra el parásito, tiene una sensibilidad de 95%, pero una especificidad de 61%.⁴

En cuanto a los estudios de imagen, el ultrasonido presenta la mayor eficacia para el diagnóstico del quiste hidatídico, ya que es el método reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la estadificación del mismo.⁵ Generalmente los quistes son esféricos, homogéneos, rodeados de tejido sano; con base en su apariencia ultrasonográfica se usa la clasificación de Gharbi:^{2,7}

- I. Colección líquida pura.
- II. Colección líquida con membranas separadas de la pared.
- III. Colección líquida con múltiples septos y vesículas hijas.
- IV. Contenido quístico hiperecoico heterogéneo.
- V. Quiste con pared densa, más o menos calcificada.

La tomografía tiene una sensibilidad de 100% y provee la localización, identifica quistes adicionales y muestra la accesibilidad del quiste para evitar complicaciones.^{6,8}

Las opciones de tratamiento se dividen en quirúrgicas y no quirúrgicas; el tratamiento médico consiste en trata-

miento con benzimidazoles, aspiración percutánea, ablación termal con radiofrecuencia, seguimiento sin tratamiento en quistes sin datos de actividad.^{6,9}

El tratamiento médico puede ser utilizado como definitivo o como adyuvante antes del tratamiento quirúrgico para esterilizar el quiste y disminuir su tamaño y después para prevenir recurrencia; el albendazol es el medicamento que ha demostrado tener mayor eficacia en el quiste principal o madre,⁶ el tratamiento estándar es de 10-15 mg/kg/día por tres ciclos de un mes con descansos de 14 días, siendo recomendados tratamientos de tres a seis meses,⁵ presentando índices de éxito en el tratamiento de 49% de los pacientes, respuesta parcial en 13%, y falla en el tratamiento en 31.5% de los pacientes. El mebendazol fue el primer medicamento usado en el tratamiento del quiste hídático, ya que interfiere con la absorción de glucosa en la pared del quiste, causando autólisis; sin embargo, tiene pobre absorción en el quiste.¹

El tratamiento percutáneo es reservado para pacientes en quienes la resección quirúrgica es imposible o presenta un alto riesgo de morbilidad; presenta el riesgo de choque anafiláctico por la salida del líquido del quiste, diseminación de las vesículas hijas en la cavidad abdominal o hígado y fístula biliar, observando unos éxitos de punción en 100% de los quistes, con morbilidad de 6.6%.¹⁰

Asimismo, los quistes hídáticos que no reciben tratamiento pueden presentar complicaciones, tales como: fístulas hacia órganos adyacentes o la vía biliar, romperse hacia la cavidad peritoneal y formar quistes, formar quistes internos, o raramente morir.⁵

El tratamiento quirúrgico de elección tiene como objetivo la eliminación por completo del parásito y prevenir la recurrencia de la enfermedad, con menor morbilidad y mortalidad;² en manos expertas es de carácter curativo, ya que la dificultad del tratamiento consiste en evitar la ruptura del quiste y evitar la diseminación del parásito a otros órganos de la cavidad abdominal.

El principal factor de riesgo para recurrencia de la enfermedad es el tipo de cirugía, con una mayor prevalencia de recurrencia en la cirugía conservadora o con resección incompleta; otro factor de riesgo para recurrencia es la presencia de tres o más quistes, así como antecedente de quiste hídático.³

El tratamiento quirúrgico puede ser dividido en:

- Tratamiento radical: es el ideal, comprende la resección completa del quiste, así como el tejido pericístico.
- Tratamiento quirúrgico conservador: uso de métodos descritos para esterilizar la cavidad quística, el vaciamiento del contenido del quiste y el destechamiento del mismo.^{6,9}

El abordaje quirúrgico debe considerarse según el número de quistes, su localización, presencia de complicaciones biliares, edad, estado nutricional del paciente; la prevención de abertura involuntaria del quiste es importante para evitar la diseminación; el aislamiento y uso de sustancias escolicidas son útiles. La resección de la cúpula consiste en resección de parte de la envoltura periquística que sobresale en la superficie del hígado, y evacuar el contenido y el parásito. La periquistectomía consiste en la resección total del quiste con su envoltura periquística sin resección parenquimatosas del hígado; sin embargo, en ocasiones la envoltura no está bien delimitada y condiciona laceraciones hepáticas y hemorragia, en ocasiones se recomienda hepatectomía para los quistes voluminosos con comunicación amplia a las vías biliares y en los quistes centrohepáticos.¹¹

La cirugía laparoscópica es mínimamente invasiva, con una recuperación posquirúrgica más rápida, la visión ayuda a detectar la fuga de líquido biliar y sitios de sangrado, siendo de utilidad el uso de solución salina al 20% intraquística durante 10 min para esterilizar el quiste y la irrigación de la cavidad abdominal con solución salina hipertónica al 17.7% para disminuir recurrencia de la enfermedad en localización peritoneal, encontrando una morbilidad de 6.5%, con una recurrencia de 3%.^{12,13}

Estudios recientes no han demostrado diferencia estadísticamente significativa entre los tipos de tratamiento quirúrgico en cuanto a morbilidad, mortalidad o recurrencia;³ sin embargo, existen estudios que demuestran mayor recurrencia en pacientes sometidos a tratamiento conservador.³

Se ha demostrado que las tasas de recurrencia aumentan con los años de seguimiento;³ asimismo, se ha visto que existe gran influencia en la tasa de recurrencia dependiendo de la técnica y la experiencia del cirujano, lo cual podría actuar como sesgo en la mayoría de los estudios.^{3,9}

CONCLUSIÓN

El quiste hídático es una enfermedad dinámica y compleja, el uso de medicamentos, como el albendazol, por tres meses ayuda en el tratamiento del quiste hídático y observación en quistes que están consolidados o calcificados; la cirugía es el tratamiento de elección con fines curativos, y debe ser individualizado para cada paciente. Los quistes complejos o complicados deben ser referidos a un centro de cirugía hepatobiliar.

REFERENCIAS

1. Silva D, Mirza S, Bramhall A, Mayer P. Treatment of Hydatid Disease of the Liver. Dig Surg 2004; 21(2): 227-34.



2. Shaw J, Bornman P, Krige J. Hydatid disease of the liver. SAJS 2006; 44 (2): 70-7.
3. El-Malki H, El-Mejdoubi Y, Belkouchi A. Does Primary Surgical Management of Liver Hydatid Cyst Influence Recurrence? J Gastrointestinal Surg 2010; 14 (7): 1121-7.
4. Bekçi T. Diagnosis and Treatment of Human Hydatid Disease. Eur J Gen Med 2012; 9 (Supl. 1): 15-20.
5. Anand S, Rajagopalan S, Mohan R. Management of liver hydatid cysts. Medical Journal Armed Forces India 2012; 68(3): 304-9.
6. Arif S, Wani N, Lone R. Albendazole as an adjuvant to the standard surgical management of hydatid cyst liver. International Journal Of Surgery -Surgical Associates 2008; 6(6): 448-51.
7. Gharbi H, Hassine W, Braumer M. Ultrasound examination of the hydatid liver. Radiology 1981; 139 (2): 459-63.
8. Marti-Bonmati L, Menor Serrano F. Complications of Hepatic Hydatid Cysts: Ultrasound, Computed Tomography, and Magnetic Resonance Diagnosis. Gastrointest Radiol 1990; Volumen 15 (1): 119-25.
9. El Malki H, Souadka A, Abouqal R. Radical versus conservative surgical treatment of liver hydatid cysts. Brit J Surg 2014; 101 (6): 669-75.
10. Aygün E, Sahin M, Ödev K, Vatansev C, Vatansev C. The management of liver hydatid cysts by percutaneous drainage. Canadian Journal of Surgery 2001; 44 (3): 203-10.
11. FD et Vons. Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie. Encycl Med Chir 1999; 40: 745-62.
12. Wang-Chen B, Li-Xusheng B. Laparoscopic surgical techniques in patients with hepatic hydatid cyst. The American Journal of Surgery 2007; 194 (2): 243-7.
13. Palacios-Ruiz J, Ramírez-Sol M, Moreno-Möller M, Cárdenas-Mejía A. Seguridad y eficacia de la solución salina hipertónica al 17.7% durante el tratamiento laparoscópico de un quiste hídático hepático. Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica 2001; 2 (4): 206-10.

Solicitud de sobreiros:

Dr. Erick Isai Reyes-Irigoyen
 Hospital Juárez de México
 Av. Instituto Politécnico Nacional, Núm. 5160
 Col. Magdalena de las Salinas
 C.P. 07760, México D.F.
 Correo electrónico:
 fernandooc@yahoo.com.mx
 sociedaddecirugiajm@yahoo.com.mx