



P-299 - Tránsitos hidatídicos hepato-torácicos: nuestra experiencia en el último año

B. Martínez Soriano, P. Palacios Gasós, G. Pola Bandrés, H. Almeida Ponce, L. Lamata de la Orden, E. Echazarreta Gallego, R. Sousa Domínguez y A. Güemes Sánchez

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Resumen

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en el último año de una complicación relativamente poco frecuente de la hidatidosis hepática, como es el tránsito abdomino-torácico. La incidencia de esta complicación es del 5-12% de los pacientes con hidatidosis hepática.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 39 años. Ingresa por dolor abdominal, fiebre y vómica. En TC abdominal múltiples quistes peritoneales e hidatidosis hepática con tránsito hidatídico hepatotorácico. Se interviene quirúrgicamente. Tiempo abdominal: quistoperiquistectomía completa de todos los quistes hidatídicos peritoneales, quistoperiquistectomía total de quiste de segmentos VI y VII; y quistoperiquistectomía subtotal de quiste del segmento VIII transitado a tórax, quedando parche de periquística en cava inferior. Tiempo torácico: bolsa empiémica que engloba la gotiera posterior; se reseca íntegramente con decorticación de pleura visceral, fusión pulmonar con diafragma que se disea. Es dada de alta a los 30 días con un drenaje aspirativo por pequeña fuga biliar. Caso 2: varón de 72 años, diagnosticado previamente de quiste hidatídico hepático. Ingresa por dolor en hemitórax derecho y fiebre. En TAC quiste hepático en segmento VII abierto a cavidad pleural. Se realiza abordaje torácico: drenaje de la cavidad torácica, sutura diafragmática y drenaje aspirativo intraquístico. 10 días después de la cirugía es dado de alta. 20 días después del paciente es dado de alta sin complicaciones. Caso 3: varón de 63 años, con quiste hidatídico conocido. Clínica de fiebre y dolor en hemiabdomen derecho, tos y expectoración. En TAC quiste hidatídico hepático con tránsito hepatotorácico y afectación pleuroparenquimatosa. Dada la situación de sepsis, se decide intervención. Tiempo torácico: gran quiste abscesificado en segmento postero-basal LID. Se realiza drenaje de la zona abscesificada y resección atípica. Dos drenajes. Tiempo abdominal: quiste comunicado a tórax en segmento VIII. Apertura de la cúpula quística y aspiración del contenido. Cierre diafragmático. Tubo de tórax transabdominal intraquístico. En postoperatorio presenta infección de herida quirúrgica, siendo dado de alta 20 días tras la cirugía. Los tránsitos hidatídicos abdomino-torácicos son relativamente poco frecuentes, pero con una alta tasa de morbilidad postoperatoria. Las complicaciones más frecuentes son: infección parietal (1 caso), fístula biliar persistente (1 caso), infección respiratoria (ningún caso) e hidroneumotórax (1 caso).

Discusión: En cuanto a la técnica quirúrgica, a nivel abdominal la cirugía radical sobre el quiste sería la técnica ideal, sin embargo esto no es siempre factible. No se consiguió realizar una cirugía radical en ninguno de nuestros tres casos, debido al compromiso vascular de la periquística en un caso y a la situación de precariedad clínica en dos de los pacientes. Cuando no es factible esta

opción, la periquistectomía parcial con puesta a plano bajo drenaje aspirativo sería la opción técnica más adecuada (se realizó en los tres casos). A nivel torácico la mayoría de los autores opinan que en pocas ocasiones será necesaria una resección pulmonar salvo cuando exista afectación parenquimatosa (resección atípica mejor que reglada). Se realizó una resección atípica en un paciente de nuestra casuística. En caso de hidrotórax, la decorticación y la periquistectomía abdominodiafragmática es lo más recomendado (1 paciente).