



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-143 - COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE QUISTE HIDATÍDICO: FÍSTULA QUISTO-CUTÁNEA

Aguado de Benito, Alicia; Suero Rodríguez, Carlenny; Ordás Macías, Héctor; Maderuelo García, Victoria; Gálvez Doménech, Patricia; Salanova Rodríguez, Mariana; Valentín-Gamazo González, Isabel; Louredo Méndez, Ángel Martín

Hospital Río Carrión, Palencia, Palencia.

Resumen

Introducción: La hidatidosis es una enfermedad zoonótica causada por el *Echinococcus granulosus*. Es una enfermedad endémica en determinadas áreas geográficas. Los órganos más frecuentemente afectados son el hígado y el pulmón. La mayoría de los pacientes son asintomáticos y son diagnosticados incidentalmente, siendo el TAC la mejor prueba de imagen para su detección. Entre las complicaciones destacan las fístulas que suelen establecerse con el sistema hepatobiliar, siendo las cutáneas raras. El tratamiento de dichas fístulas presenta un reto terapéutico, siendo una técnica eficaz el drenaje quirúrgico. **Objetivos:** presentar un paciente con una fistulización quisto-cutánea complicación infrecuente de la hidatidosis.

Caso clínico: Varón de 85 años con antecedentes relevantes de HTA, insuficiencia cardiaca con FEV1 severamente deprimida, hernia inguinal bilateral gigante e hidatidosis hepática conocida no intervenida, que acude por dolor abdominal y celulitis con supuración de zona periumbilical de 4 días de evolución. A su llegada a urgencias el paciente está hipotenso, taquicárdico, taquipneico y afebril. Abdomen doloroso de forma difusa, con signos de irritación peritoneal y con exudado purulento y vesículas en zona periumbilical. Analítica: PCR 180, leucocitosis 21.600, PCT 1,68, lactato 13 y TP 55%. Se realiza TAC abdominal que informa de la existencia de una colección subcutánea en línea media de pared abdominal y fistulización a piel de 14 × 8 cm que comunica con otra colección centrolateral derecha de 17 × 7 cm sin plano de separación con uno de los quistes hidatídicos ya conocidos. Hidatidosis extensa complicada y quistes confluentes en el lóbulo hepático derecho de hasta 15 cm el mayor. Ante estos hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza incisión subcostal. Se evidencia gran quiste hidatídico abscesificado y fistulizado a piel. Se realiza quisto-periquistectomía parcial, lavado abundante con suero hipertónico, extracción de las vesículas hijas y drenaje exhaustivo de las colecciones, colocando dos drenajes. Durante la cirugía el paciente continua inestable hemodinámicamente requiriendo fármacos vasoactivos por lo que se decide traslado a UVI, donde finalmente fallece. Este paciente planteó un reto terapéutico por la inestabilidad hemodinámica, la disposición y la extensión de la enfermedad haciendo difícil realizar una exéresis completa de todos los quistes o una cirugía resectiva clásica.

Discusión: La fístula quisto-cutánea es una complicación infrecuente con una gran morbimortalidad. Los métodos de diagnóstico por imagen (ecografía, TC y RM) son fundamentales

para su diagnóstico. En los pacientes sintomáticos o con quistes hidatídicos complicados (absceso, rotura a cavidad abdominal, apertura a la vía biliar, tránsito toracoabdominal) el tratamiento de elección es la cirugía, ya sea convencional o laparoscópica. Debe individualizarse el tratamiento a cada paciente y la experiencia del equipo quirúrgico. La técnica quirúrgica dependerá de la topografía, el tamaño, las relaciones, el número y estado del quiste y la condición general del paciente.