



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-171 - LA ICTERICIA COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA EN HIDATIDOSIS HEPÁTICA INCREMENTA EL RIESGO DE FÍSTULA BILIAR POSTOPERATORIA

Jaén Torrejimoto, Isabel¹; Latorre Fragua, Raquel²; López Guerra, Diego¹; Rojas Holguín, Adela¹; Manuel Vázquez, Alba²; Blanco Fernández, Gerardo¹; Ramia, José Manuel³

¹Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz; ²Hospital General Universitario de Guadalajara, Guadalajara;

³Hospital General Universitario de Alicante, Alicante.

Resumen

Introducción y objetivos: La equinocosis es una zoonosis endémica en muchos países. La forma de presentación es variada. El debut como ictericia obstructiva es infrecuente; puede ser debido a compresión extrínseca de la vía biliar, o debido a la ruptura del quiste dentro de la vía biliar y creación de una comunicación quistobiliar, invadiendo la vía biliar de hidátides hijas o restos de membranas hidatídicas. No existe consenso sobre la realización rutinaria de CPRE preoperatoria en estos casos. El objetivo del estudio fue analizar el manejo preoperatorio de estos pacientes, el tipo de cirugía realizada y los resultados a corto y largo plazo.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo bicéntrico observacional de los pacientes intervenidos de hidatidosis hepática cuyo debut clínico fue ictericia obstructiva entre 2006 y 2018. La realización de CPRE preoperatoria no está protocolizado y la decisión de realizarla o no, así como la indicación de esfinterotomía y el uso de stent biliar fue individualizada.

Resultados: De 353 pacientes intervenidos por hidatidosis hepática en este periodo en ambos centros, 44 (12,4%) presentaron ictericia como síntoma principal al diagnóstico, 16 mujeres (36,4%) y 28 hombres (63,6%), con una edad media de 47,86 años (14,87-89,8). 9 pacientes (20,5%) tenían antecedentes de hidatidosis previa, ya fuera hepática o pulmonar. 35 (79,6%) fueron clasificados como CE2 o CE3 según la clasificación de WHO. La localización del quiste fue en el hígado derecho en 23 pacientes (52,3%), hígado izquierdo en 17 (38,6%) y en ambos en 4. El número medio de quistes fue de 1 (IQR 1-2) con el 72,7% de la muestra presentando un quiste único. El tamaño medio fue de 7 (IQR 5-10) cm. La bilirrubina máxima previa a la cirugía o al drenaje biliar fue de 4,7 (IQR 2,6-7,6) mg/dl. Se realizó CPRE preoperatoria en 25 pacientes (56,8%). En el 65,9% de estos pacientes, se detectó una comunicación quistobiliar. En 29 casos (65,9%) se llevó a cabo una cirugía radical de los quistes, en 23 casos se realizó una quistectomía cerrada y en el resto abierta. En 8 casos se realizó una hepatectomía. La morbilidad postoperatoria global fue del 63,6%, 11 pacientes (25%) presentaron complicaciones severas (Clavien-Dindo igual o mayor de IIIa). La tasa de fistula biliar postoperatoria fue del 36,4%. 9 pacientes presentaron infección en la cavidad residual (20,5%). Los factores asociados con mayor morbilidad postoperatoria fueron la edad > 65 años [HR 8,76 (IC95% 0,78-97,85)], la localización del quiste [HR 4,77 (IC95%0,93-24,42)], más de un quiste [HR 14,58 (IC95% 1,42-149,96)] y tamaño del quiste > 5 cm [HR 6,88 (IC95% 0,95-50)].

Conclusiones: El debut clínico como ictericia obstructiva de la hidatidosis hepática causa una elevada morbilidad postoperatoria. La principal complicación en estos casos a pesar de la cirugía radical es la fístula biliar postoperatoria. En nuestra serie no hemos visto diferencias significativas entre los pacientes a los que se realizó CPRE preoperatoria o no, y no hemos observado una disminución en la incidencia de fístula biliar postoperatoria en los casos que si se había realizado.