

Hidatidosis hepática gigante con fístula quistopleural e hidatosis pleural

Amador García Ruiz de Gordejuela, Laura Lladó, Jaume Torras, Emilio Ramos y Antoni Rafecas

Unidad de Cirugía Hepática. Servei de Cirurgia General i del Aparell Digestiu. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). España.

Resumen

Las complicaciones extrahepáticas de la hidatidosis de origen hepático son infrecuentes y potencialmente graves. Si bien la prevalencia de la hidatidosis en nuestro país había disminuido, la creciente inmigración ha implicado más casos y mayor gravedad de éstos. En esta nota presentamos a un paciente con un quiste hidatídico gigante que clínicamente se inició como una masa abdominal a estudio.

Lo acompañaban 3 quistes más, uno de ellos fistulizado a la vía biliar, sin repercusión clínica ni analítica; otro fistulizado a la cavidad pleural derecha, lo que conlleva hidatidosis pleural e insuficiencia respiratoria por derrame pleural masivo; y el último de ellos calcificado. Este paciente planteó un doble reto diagnóstico y terapéutico. En primer lugar, por la forma de presentación extraordinaria de una enfermedad tan avanzada. En segundo lugar, para el abordaje quirúrgico, la disposición y la extensión de la enfermedad hacían difícil plantear una exéresis completa de todos los quistes o una cirugía resectiva clásica.

Palabras clave: Hidatidosis. Fístula biliar. Fístula pleural.

GIANT HEPATIC ECHINOCOCCUS CYST WITH CYSTO-PLEURAL FISTULA AND PLEURAL ECHINOCOCCOSIS

Extrahepatic complications from hepatic cystic echinococcosis are rare and may be life threatening. Although the prevalence of echinococcosis in Spain had decreased, the number of cases of this disease and its severity has risen again due to immigration. We report the case of a patient with a giant hepatic echinococcus cyst diagnosed during investigation of an abdominal mass. The mass was associated with three other cysts: the first cyst was fistulized to the biliary tract, without clinical or laboratory alterations, the second cyst was fistulized to the right pleural cavity, leading to pleural echinococcosis and respiratory distress due to massive pleural effusion, and the third cyst was calcified.

The challenge in this case layed in its diagnosis and treatment. The clinical presentation was unusual due to the extension of the disease, hampering complete cystic excision.

Key words: Hepatic cystic echinococcosis. Biliary fistula. Pleural fistula.

Introducción

La hidatidosis humana es una parasitosis ciclozoonótica causada por el desarrollo de la larva de la tenia *Echinococcus granulosus*. Si bien es una enfermedad en regresión en nuestro país¹ gracias a la mejora de los controles sanitarios², la importante inmigración ha implicado un aumento de su prevalencia.

Correspondencia: Dra. L. Lladó Garriga.
Servei de Cirurgia General i del Aparell Digestiu. Hospital Universitari de Bellvitge.
Feixa Llarga, s/n. 08907 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).
España.

Manuscrito recibido el 14-6-2006 y aceptado el 29-11-2006.

Caso clínico

Paciente varón de 52 años con antecedentes de infección crónica por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y hepatopatía crónica por virus de la hepatitis C (VHC) y B (VHB) con clasificación de Child A, en el contexto de un ex adicto a drogas por vía parenteral. A raíz de un cuadro de epigastralgia y masa abdominal, se realizó estudio mediante ecografía y, posteriormente, tomografía computarizada (TC) abdominal, en las que se objetivaron 4 lesiones hepáticas compatibles con hidatidosis, la mayor de ellas de 20 cm de diámetro, a nivel de lóbulo hepático izquierdo (fig. 1). Los otros quistes de menor tamaño se localizan a nivel del segmento VII en contacto íntimo con el diafragma, otro en segmento V junto a la vesícula biliar y otro *central* y calcificado en el segmento VIII.

Estando en lista de espera para programar la cirugía electiva, el paciente reingresó por insuficiencia respiratoria aguda, y en la radiología simple de tórax se observó derrame pleural masivo derecho. Por toracocentesis se obtuvo un líquido purulento que contenía hidátides, por lo que se diagnosticó fístula quistopleural e hidatidosis pleural. Se colocó un drenaje torácico y se indicó cirugía.



Fig. 1. Quiste hidatídico gigante en lóbulo hepático izquierdo.

Intraoperatoriamente se objetivó un gran quiste, de hasta unos 25 cm, que suplía prácticamente todo el lóbulo hepático izquierdo, con la consiguiente atrofia. El quiste del segmento V fistulizaba a la vesícula biliar. Se practicó apertura controlada del quiste gigante e instilación de escolicida (agua oxigenada), evacuación de su contenido, formado por vesículas hijas y líquido de aspecto bilioso. Seguidamente, se procedió a la colecistectomía y la quistoperiquistectomía total del quiste del segmento V. Dada la importante fibrosis del confluente biliar y una vez localizada la vía biliar principal, se procedió a la quistoperiquistectomía total del quiste que suplía los segmentos IV, II y III de sus pedículos y la vena suprahepática izquierda con sutura de Prolene 4/0.

Tras la movilización hepática, se localizó el tercer quiste en el segmento VII fistulizado a cavidad pleural (fig. 2), y se practicó quistoperiquistectomía parcial, apertura del diafragma en la zona fistulizada, instilación controlada de escolicida, desbridamiento y lavado profuso con suero virológico de la cavidad pleural, colocación de dos drenajes torácicos percutáneos bajo control visual transdiafragmático y frenorrafia.

El paciente tuvo un curso postoperatorio inmediato marcado por insuficiencia respiratoria, que se resolvió con tratamiento intensivo. La evolución en planta fue favorable, y se retiró los drenajes torácicos y abdominales sin incidencias. No se objetivó fístula biliar. La función respiratoria se mantuvo estable. En todo el postoperatorio no presentó signos de insuficiencia hepática. Antes del alta se realizó TC toracoabdominal de control, en la que se encontró cambios posquirúrgicos y no se objetivaron colecciones ni signos de ascitis o empiema. Tras 6 meses de seguimiento el paciente sigue vivo, asintomático y sin signos de recidiva.

Discusión

En la fisiopatología de esta zoonosis, el hombre es un huésped intermediario, donde se desarrolla la fase larvaria de la tenia, y el perro es el huésped definitivo². El diagnóstico generalmente es casual o por el diagnóstico de alguna de sus complicaciones³. En el crecimiento de los quistes se producen adherencias entre la pared del quiste, el parénquima hepático, el diafragma y la pleura. Los quistes asentados en segmentos hepáticos superiores se diseminan más frecuentemente hacia el árbol bronquial que a la cavidad pleural⁴.

En este paciente cabe destacar varios aspectos de la evolución de la enfermedad. Por un lado, la larga evolución de la enfermedad sin presentar síntomas aparentes (tabla 1). Curiosamente, el hecho de tener uno de los quistes en íntimo contacto con el pedículo portal izquierdo y contaminado de bilis y otro en el segmento V



Fig. 2. Disección de quiste hidatídico en segmento V fistulizado a cavidad pleural.

TABLA 1. Complicaciones características de la hidatidosis

Compresión de órganos vecinos
Fisuración de los quistes
Infección
Rotura espontánea o traumática. Riesgo de anafilaxia y de extensión a órganos vecinos
Apertura a vía biliar y árbol bronquial

fistulizado a la vesícula biliar no implicó en ningún momento clínica de obstrucción biliar ni colangitis^{1,5}. Por otro lado, la gran extensión de la enfermedad y la expansión hacia la cavidad pleural podrían haber ocasionado anafilaxia en algún momento de la historia clínica⁶, lo que no ocurrió.

Otro aspecto que destacar es la forma de diseminación extrahepática del quiste. Cuando se produce la extensión hacia el tórax, por la configuración anatómica del parásito, éste tiende a diseminarse por el árbol traqueobronquial^{2,4}, con aparición de los clásicos síntomas de vómita⁴. La hidatidosis pleural que no afecta al árbol bronquial es extraordinaria y puede cursar con insuficiencia respiratoria grave por derrame pleural y empiema o con cuadros anafilácticos⁷.

En cuanto al aspecto quirúrgico, pensamos que los casos de hidatidosis complejas se benefician de los servicios de cirugía hepática expertos. La exéresis completa de los quistes hidatídicos hepáticos comporta menor morbilidad y menor riesgo de recidiva. En los casos en que los quistes hidatídicos sustituyen una parte anatómica del hígado, somos partidarios de realizar hepatectomías regladas, con el objetivo de conseguir menor superficie de transección hepática y disminuir la incidencia de fístulas biliares^{1,3,6}.

En el presente caso, el quiste principal sustituía todo el hígado izquierdo. La intensa fibrosis del confluente biliar hizo considerar contraindicado una hepatectomía izquierda reglada para la exéresis del mayor de los quistes⁸. Se realizó una disección cuidadosa de la vía biliar principal para a continuación realizar una quistoperiquistectomía total, desinsertando los pedículos IV, II y III de la periquística, y proceder a su sutura controlada^{8,9}.

Por último, el desbridamiento del espacio pleural transdiafragmático, mediante tripsia manual de las tabicaciones, lavado profuso y colocación de dos drenajes torácicos, se ha mostrado especialmente efectivo en este caso.

Bibliografía

1. Schipper HG, Kager PA. Diagnosis and treatment of hepatic echinococcosis: An overview. *Scand J Gastroenterol.* 2004;241 Suppl:50-5.
2. Eckert J, Deplazes P. Biological, epidemiological, and clinical aspects of echinococcosis, a zoonosis of increasing concern. *Clin Microbiol Rev.* 2004;17:107-35.
3. Dziri C, Haouet K, Fingerhut A. Treatment of hydatid cyst of the liver: where is the evidence? *World J Surg.* 2004;28:731-6.
4. García-Sancho L. Hidatidosis hepática. En: Durán H, Arcelus I, García-Sancho L, González F, Álvarez J, Fernández L, et al, editores. *Tratado de Patología y Clínica Quirúrgicas.* Primera edición. Madrid: McGraw-Hill; 2002. p. 837-45.
5. McFall B, Yousaf M, Calvert H, Diamond T, Epanomeritakis M. Surgical treatment of hepatic hydatid cyst. *Int J Clin Prac.* 2004;58:479-82.
6. Smego RA, Sebanego P. Treatment options for hepatic cystic echinococcosis. *Intl J Infect Dis.* 2005;9:69-76.
7. Venissac N, Alifano M, Mouroux J. Splenic hidatidosis complicated by a splenothoracic fistula: report of a case. *Surg Today.* 2002;32:1023-5.
8. Dervenis C, Spiros D, Avgerinos C, Madariaga J, Milicevic M. Changing concepts in the management of liver hydatid disease. *J Gastrointest Surg.* 2005;9:869-77.
9. Agaoglu N, Turkyilmaz S, Arslan MK. Surgical treatment of hydatid cysts of the liver. *Br J Surg.* 2003;90:1536-41.