

Utilización de un trocar laparoscópico para el vaciamiento de quistes hidatídicos hepáticos

Use of a laparoscopic trocar for the removal of hepatic hydatid cysts

El tratamiento de elección de la hidatidosis hepática (HH) es quirúrgico^{1,2}. Las técnicas quirúrgicas llamadas radicales (quistectomía total o hepatectomía) sin apertura del quiste se van imponiendo progresivamente³⁻⁵. Sin embargo en determinados quistes, ya sea por su tamaño o localización, e independientemente de la técnica a realizar, es recomendable efectuar previamente la apertura y vaciamiento del quiste para poder manejarlo mejor y evitar su rotura y diseminación, complicación de extrema gravedad². Dicho vaciamiento se ha realizado históricamente con diferentes instrumentos^{6,7}. Presentamos nuestra experiencia en 5 pacientes utilizando un trocar de laparoscopia (TL).

En el periodo mayo 2007-abril 2010 hemos intervenido a 36 pacientes con 43 quistes hidatídicos. Se realizó cirugía radical en 26 pacientes y 36 quistes (quistectomía total cerrada [14], hepatectomía menor/mayor [15]) y cirugía conservadora en 10 pacientes y 11 quistes (8 quistectomías subtotales, 2 Lagrot y 1 marsupialización). Se procedió a la apertura del quiste en 12 casos: 11 pacientes tratados con cirugía conservadora y en una cirugía radical (seccionectomía lateral izquierda más esplenectomía) ya que el tamaño del quiste (20 cm) aconsejaba un vaciamiento previo. Seis de estos doce quistes (50%) fueron vaciados mediante un TL de 12 mm. En el resto no fue necesario por su pequeño tamaño o localización intrahepática.

Se trataba de cinco varones y una mujer, de 46,8 años de edad media (30-59 años), todos tenían dolor abdominal, y además un caso presentaba ictericia obstructiva, y otro hipertensión portal por compresión. Dos de los casos eran recidivas. La localización de los quistes era: hígado derecho (3), izquierdo (1), izquierdo y bazo (1), y bilobar (1). El tamaño medio de los quistes era 13,75 cm (rango: 9,6-20 cm).

Previamente a puncionar el quiste, se prepara el campo con compresas mojadas en suero hipertónico. Se introduce cuidadosamente un TL de 12 mm en una localización factible y segura (fig. 1A); si existen dudas sobre el sitio de punción, la

ecografía intraoperatoria puede ser útil. Una vez colocado el TL iniciamos la aspiración del contenido (líquido y vesículas hijas) (fig. 1B). Cuando se comprueba que ya no se extrae más material, se instila suero hipertónico a través del TL y se vuelve a aspirar el contenido quístico hasta que no se obtenga nada; después se retira el TL. Si se va a practicar una quistectomía total o hepatectomía se cierra el orificio con una sutura continua y además se pinza dicho orificio con una pinza tipo Fester, para realizar más cómodamente la cirugía. Si vamos a practicar una quistectomía subtotal, se amplía la apertura del TL y se aspira el contenido bajo visión directa, resecaando tanto quiste como sea posible. Debemos ser prudentes en el manejo del quiste tras la evacuación con TL pues pueden quedar aún vesículas hijas de gran tamaño en su interior^{1,2,7,8}.

El vaciamiento del quiste con TL basándonos en la clasificación de Kayaalp fue siempre bueno (< 10% de material remanente) pero no total⁷. Se realizaron 4 quistectomías casi totales, una seccionectomía lateral izquierda y esplenectomía, y una marsupialización. No se efectuó cirugía radical en 5 pacientes por contacto largo (> 5 cm) e íntimo con la vena cava inferior. Se transfundió un paciente. No hubo morbilidad ni mortalidad. La estancia fue de 7,5 días (rango: 5-14 días). Se efectuó tratamiento pre y postoperatorio con albendazol por un periodo total de 3 meses. En el seguimiento no se ha apreciado recidiva (seguimiento medio: 17 meses).

Al intervenir a un paciente con hidatidosis hepática, se procede a la apertura del quiste en todos los casos intervenidos mediante cirugía conservadora, y en algunos tratados con cirugía radical. En dicho momento, es esencial prevenir la diseminación intraperitoneal del contenido intraquístico, ya que se puede producir una grave reacción anafiláctica o la implantación de escólices en la cavidad abdominal^{1,2,7,8}. Para ello se han utilizado diversos instrumentos: punzón, cono, apertura controlada, trocar ventosa de Figuera, trocar

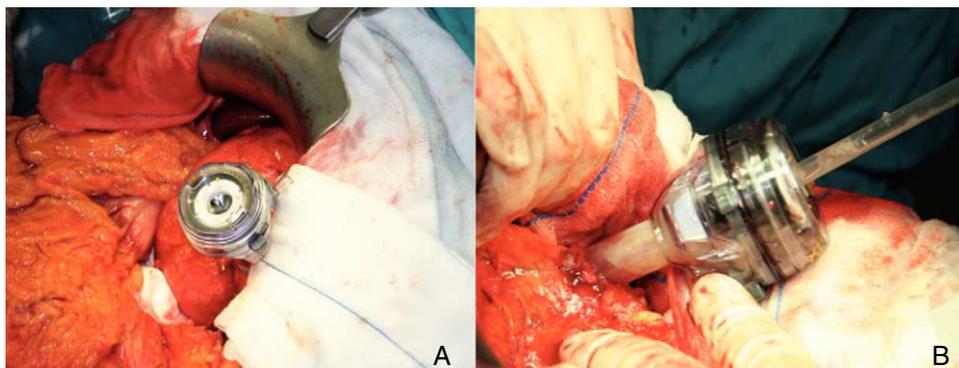


Figura 1 - A) Colocación del trocar en quiste hidatídico. B) Aspiración del contenido a través del trocar.

de Finochietto, trocar cánula de Palanivelu, etc.^{1,6,9}. Pero ninguno de ellos se puede considerar un método de evacuación perfecto.

Existen escasas citas bibliográficas respecto al empleo de TL para el drenaje de quistes hidatídicos tanto en cirugía laparotómica o laparoscópica^{1,2,7-10}. Kayaalp et al en la serie más amplia (27 pacientes) obtienen buenos o excelentes resultados en la evacuación del contenido en el 85-100% de los pacientes con quistes Gharbi I a III, pero sólo en un 57% de los Gharbi tipo IV. Los mejores resultados los obtiene en quistes situados en los segmentos anteriores y en los de mayor tamaño (10 cm)⁷.

El uso del TL consigue un buen vaciamiento del quiste, destacando especialmente su gran estanqueidad y sin reflujos de material, permite instilar un escolicida tras la primera aspiración y se puede emplear en todos los segmentos hepáticos aunque es más incómodo en los posteriores^{1,2,7,8}. La evacuación es menos eficiente en quistes: pequeños, infectados y/o intraparenquimatosos⁷.

Creemos que la cirugía idónea de la HH es una técnica cerrada radical ya que disminuye la recidiva con una baja morbimortalidad. Pero en grandes quistes (mayores de 10 cm), o en determinadas localizaciones puede ser recomendable efectuar un vaciamiento previo del quiste². En dichos casos o cuando se realicen técnicas conservadoras donde la apertura es sistemática^{1,8}, el empleo de TL es un método sencillo, efectivo y seguro para obtener una buena evacuación del contenido intraquístico. En nuestra experiencia consigue una excelente evacuación aunque no completa del contenido intraquístico. No lo aconsejamos en quistes pequeños o cercanos a estructuras vasculobiliares importantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lam VWT, Merrett ND. Drainage of hepatic hydatid cyst with a surgiport. ANZ J Surg. 2005;75:1022-3.
2. Rogiers X, Bloechle C, Broelsch CE. Safe decompression of hepatic hydatid cysts with a laparoscopic surgiport. Br J Surg. 1995;82:1111.

3. Priego P, Nuño J, López Hervás P, López Buenadicha A, Peromingo R, Díe J, et al. Hepatic hydatidosis. Radical vs conservative surgery 22 years of experience Rev Esp Enferm Dig. 2008;100:82-5.
4. Aydin U, Yazici P, Onen Z, Ozsoy M, Zeytinlu M, Kiliç M, et al. The optimal treatment of hydatid cyst of the liver: radical surgery with a significant reduced risk of recurrence. Turk J Gastroenterol. 2008;19:33-9.
5. Yüksel O, Akyürek N, Sahin T, Salman B, Azili C, Bostanci H. Efficacy of radical surgery in preventing early local recurrence and cavity-related complications in hydatid liver disease. J Gastrointest Surg. 2008;12:483-9.
6. Figuera D. Aspirating trocar for surgery of hydatid cysts and draining of purulent abscesses. Rev Clin Esp. 1953;50:373-5.
7. Kayaalp C. Evacuation of hydatid liver cysts using laparoscopic trocar. World J Surg. 2002;26:1324-7.
8. Vromen A, Zamir O, Begleitner N, Freund HR. The use of a disposable laparoscopic trocar for the injection and safe evacuation of echinococcus cysts of the liver. Surg Gyn Obstet. 1993;17:517-8.
9. Luján Mompeán JA, Parrilla Paricio P, Robles Campos R, García Ayllón J. Laparoscopic treatment of a liver hydatid cyst. Br J Surg. 1993;89:907-8.
10. Palanivelu C, Senthilkumar R, Jani K, Rajan PS, Sendhilkumar K, Parthasarathi R, et al. Palanivelu hydatid system for safe and efficacious laparoscopic Management of hepatic hydatid disease. Surg Endosc. 2006;20:1909-13.

José Manuel Ramia Ángel*, José E. Quiñones Sampedro, Ramón Puga Bermúdez, Pilar Veguillas Redondo y Jorge García-Parreño Jofré

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose_ramia@hotmail.com
(J.M. Ramia Ángel).

0009-739X/\$ - see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.06.019

Abordaje laparoscópico de abdomen agudo por torsión esplénica

Laparoscopy of acute abdomen due to splenic torsion

La torsión de un bazo ectópico es una entidad poco frecuente, secundaria a la rotación de un pedículo esplénico anormalmente elongado y a un déficit en los elementos de fijación del bazo. En caso de realizar la intervención sin encontrar signos de necrosis, la intervención recomendada es la esplenopexia¹. La torsión condiciona una isquemia que puede evolucionar a

infarto y necrosis esplénica, que precisa de esplenectomía quirúrgica urgente. En series clínicas que analizan la causa de las esplenectomías, la torsión esplénica representa el 0,2-0,5%^{2,3}.

Presentamos el caso de una mujer de 31 años estudiada por cuadro clínico de más de un año de evolución de dolor