

Tratamiento quirúrgico del quiste hidatídico complicado con tránsito hepatotorácico. Informe de caso

Enrique Calcerrada Alises, Yilian Fundora Suárez, Manuel Luis Delgado Carrasco

Servicio de Cirugía General. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada, España.

Acta Gastroenterol Latinoam 2019;49(2):146-149

Recibido: 15/01/2018 / Aceptado: 24/04/2018 / Publicado online: 17/06/2019

Resumen

La hidatidosis es una zoonosis de distribución endémica en zonas como la mediterránea. El hombre es el huésped intermediario y afecta principalmente el hígado y el pulmón. Puede ser asintomática y su hallazgo incidental, pero en ocasiones desarrolla complicaciones que pueden ser muy graves, como el tránsito hepato-torácico. En este trabajo presentamos el caso de una paciente de 80 años con un quiste hidatídico hepático complicado con signos de rotura y comunicación a parénquima pulmonar que produce un shock anafiláctico con parada cardiorrespiratoria. Tras ser estabilizada, se interviene realizando resección del quiste y trayecto fistuloso.

Palabras claves. Quiste hidatídico, hidatidosis, tránsito hepato-torácico.

Surgical treatment of complicated hydatid cyst with hepato-thoracic transit. Case report

Summary

Hydatidosis is a zoonosis of endemic distribution in areas such as the Mediterranean. Man is the intermediate host and affects mainly the liver and the lung. It can be asymptomatic and its incidental finding but sometimes develops complications that can be very serious, such as hepato-thoracic transit. In this paper, we present the case of an 80-year-old patient with a hepatic hydatid cyst complicated by rupture and communication to the lung parenchyma that produces anaphylactic shock with cardiorespiratory arrest. After being stabilized, surgery is performed resecting the cyst and fistulous tract.

Key words. Hydatid cyst, hydatidosis, hepato-thoracic transit.

La hidatidosis es una parasitosis endémica originada principalmente por *Echinococcus granulosus*, cuyo huésped intermediario es el hombre; produce principalmente afectación hepática o pulmonar y puede cursar de forma asintomática. Una de sus complicaciones más graves es el tránsito hepatotorácico, cuyo caso presentamos.

Correspondencia: Enrique Calcerrada Alises
Servicio de Cirugía General. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada, España
Correo electrónico: enrique_alises@hotmail.com

Caso clínico

Paciente de 80 años con antecedentes de tres episodios de pancreatitis aguda litiásica, coledocolitiasis (tratada por CPRE), anemia crónica, hipertensión arterial, colecistectomía laparoscópica, hernioplastia epigástrica e histerectomía, que acude a urgencias en dos ocasiones por cuadro de tos con expectoración purulenta. Se produce cuadro de paro respiratorio en la segunda ocasión. La paciente es intubada e ingresada en cuidados intensivos. Es extubada al segundo día. Se realiza una tomografía computada (TC) que observa una lesión quística en el segmento VIII hepático de 2 x 4 x 5 cm, compatible con quiste hidatídico con signos de rotura y comunicación a parénquima pulmonar con consolidación alveolar, atelectasia y derrame pleural derechos (Figura 1). Estaba siendo seguida en consulta por la lesión hepática con una resonancia magnética nuclear (RMN) sospechosa de quiste hidatídico pendiente de filiar (Figura 2). Tras presentar buena evolución, se interviene un mes después y se halla un quiste de gran tamaño en el lóbulo hepático derecho que se comunica a través del diafragma con la cavidad pleural, que presenta signos de paquipleuritis, siendo imposible acceder a la misma para colocar un tubo de tórax. Se realiza la resección de la tumoración y el cierre simple del diafragma (Figura 3). En el postoperatorio presenta una colección intraabdominal y una infección de la herida quirúrgica que se tratan de forma conservadora; tres semanas después de la cirugía es dada de alta.

Figura 1. Imagen de TAC con quiste hidatídico con signos de rotura y comunicación a parénquima pulmonar.

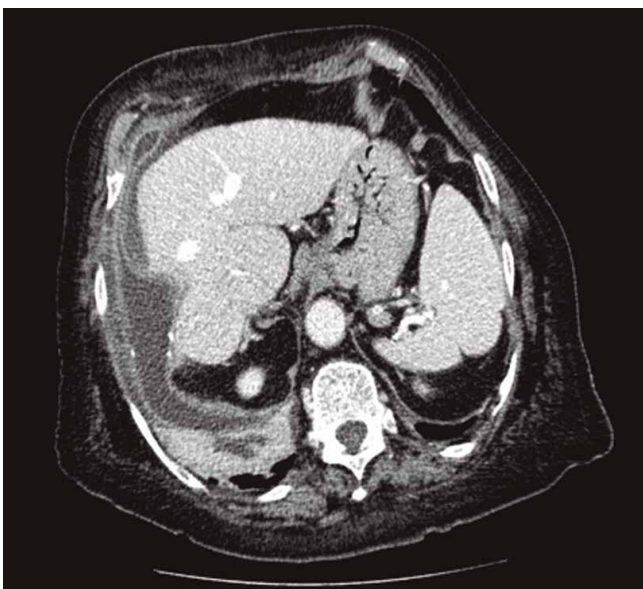
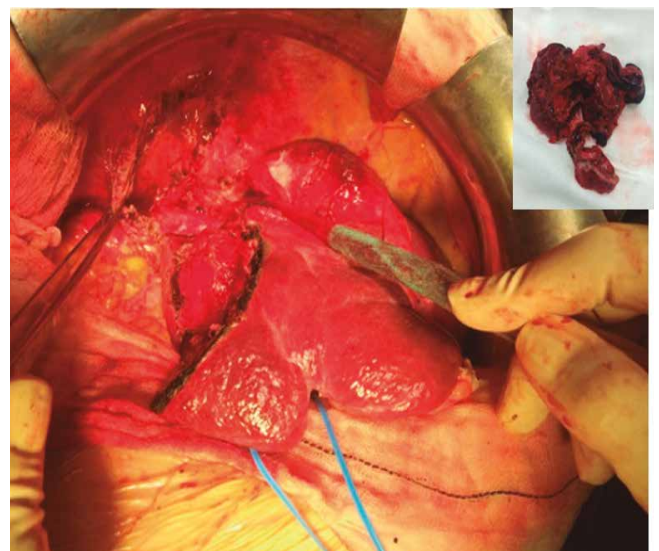


Figura 2. Imagen de RMN con sospecha de quiste hidatídico previo a su rotura.



Figura 3. Se observa la comunicación a través del diafragma donde estaba previamente el trayecto fistuloso. Se adjunta imagen del trayecto fistuloso ya extirpado.



Discusión

La hidatidosis es una parasitosis de distribución endémica en diferentes regiones (mediterránea, América del Sur, etc.) que está causada por tres especies de *Echinococcus*: *granulosus* (la más frecuente, 90%), *multilocularis* y *vogelii*.¹

En la fisiopatología de esta zoonosis el hombre es un huésped intermediario, en el que la tenia desarrolla su fase larvaria, y el perro es el huésped definitivo.²

Afecta principalmente a varones menores de 40 años en entornos rurales.¹ Sin embargo, la edad de presentación y el sexo en la hidatidosis extrahepática y extrapulmonar difieren según las series.³ El contagio se produce por contacto con animales parasitados o por la ingesta de alimentos contaminados.¹

Puede afectar cualquier órgano debido a su diseminación hematogena, siendo la localización más frecuente el hígado (70%) y el pulmón (20%). El bazo es la tercera (0,5-8%) más habitual y otras, como ósea, cutánea o renal, son excepcionales. Es rara su presentación aislada sin afectación hepática o pulmonar. Puede aparecer de forma primaria exclusivamente en un órgano extrahepático junto con la hidatidosis hepática y la pulmonar o de forma secundaria a la rotura de un quiste hidatídico hepático intraabdominal.³

Un alto porcentaje de los quistes hepáticos no llegan a producir enfermedad y mantienen un estado de equilibrio huésped/parásito durante toda la vida.⁴ Por lo tanto, lo más frecuente es que sean asintomáticos y que su diagnóstico sea incidental.³

Los síntomas más frecuentes del quiste hepático son: dolor, masa palpable, ictericia y fiebre. Las complicaciones pueden ser la infección o la rotura del quiste. Los quistes pulmonares por la diseminación del parásito por el árbol traqueo-bronquial pueden producir tos, hemoptisis y vómica.⁴ Es rara la hidatidosis pleural que no afecta al árbol traqueo-bronquial, y puede cursar con insuficiencia respiratoria grave por derrame pleural y empiema o con cuadros anafilácticos.²

En cuanto al diagnóstico, disponemos de diferentes técnicas: la serología de hidatidosis y las pruebas de imagen donde se observará la presencia del quiste.³ Para la serología existen métodos de inmunoanálisis (ELISA) y Western Blot que detecta anticuerpos específicos contra antígenos del parásito. El ELISA es más útil para cribado y el Western Blot para confirmación diagnóstica en adultos (en niños, el Western Blot). La negatividad de estas pruebas no descarta la presencia del quiste en pacientes asintomáticos ni en sintomáticos. Para las pruebas de imagen se recomienda en primer lugar la ecografía abdominal y en casos dudosos la TC o la RMN.⁴

En la ecografía del quiste hepático se utiliza la escala diagnóstica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se divide en cinco estadios (hialino, multivesicular, membrana desprendida, heterogéneo predominantemente sólido y calcificado). Según el estadio del quiste y la clínica del paciente se programará la periodicidad de sucesivas ecografías de control. En el caso de la hidatidosis pulmonar se recomienda radiografía de tórax.⁴

En su evolución el quiste hidatídico hepático puede tener diferentes complicaciones, siendo el tránsito hepatotorácico una de las más graves, con una frecuencia del 2 al 4,4%. Un 14,3% de estos presentarán una fístula bilio-bronquial. Contribuyen a la migración del quiste al tórax la localización en segmentos hepáticos adyacentes al hemidiafragma derecho, el gran tamaño, infección, comunicación a la vía biliar, trauma en una periquística fibrocálcica y la diferencia presión positiva intraabdominal - presión negativa intratorácica.⁵ No es infrecuente que estas lesiones se encuentren infectadas y produzcan un absceso secundario.⁶

Esta grave complicación tiene indicación de tratamiento quirúrgico.⁵ La mortalidad quirúrgica oscila entre 0,9-3,6%, y hasta el 9,7% cuando hay una fístula bronco-biliar. El pronóstico empeora en sucesivas cirugías.⁶

Se interviene a aquellos pacientes con quistes activos, complicados o sintomáticos.³ Entendemos como quistes complicados aquellos con abscesos, rotura a cavidad abdominal, apertura a vía biliar o tránsito toraco-abdominal.⁴

Una vez diagnosticado podemos decidir entre las distintas opciones terapéuticas:

- Observación periódica en pacientes asintomáticos, quistes inactivos o rechazo de la cirugía.

- Tratamiento médico con albendazol para estabilizar la enfermedad o como paso previo a la cirugía. En la hidatidosis hepática y pulmonar disminuye el número de larvas.³ Se pautan 10 mg/kg/día (dosis máxima en adultos de 800 mg/día y en niños de hasta 40 kg 400 mg/día) en dos tomas diarias durante tres ciclos de treinta días. Se realizarán controles analíticos periódicos con perfil hepático y creatinina y, en caso de alteración de los mismos, se procederá a interrumpir el tratamiento durante quince días para reintroducirlo después si mejoran los parámetros analíticos. Si persisten los efectos adversos se suspenderá el albendazol. Como efectos adversos del mismo destacan leucopenia, aumento de enzimas hepáticas y/o bilirrubina. Está contraindicado en embarazo, lactancia, epilepsia, hepatopatía crónica, hipersensibilidad a uno de sus componentes o paciente menor de dos años.⁴

- Drenaje percutáneo que puede combinarse con albendazol. Útil en pacientes de alto riesgo, hidatidosis diseminadas o rechazo de la cirugía.³

- Cirugía: las premisas son erradicar el parásito, evitar la recidiva y disminuir la morbimortalidad, por eso deberá adecuarse al paciente que estemos tratando.⁴ Se realizará debridamiento del espacio pleural transdiafragmático, lavado profuso y colocación de drenajes torácicos. La exéresis completa del quiste hidatídico hepático conlleva menor riesgo de complicaciones y de recidivas.² La técnica de elección es la quistectomía total, salvo en el bazo, que se recomienda la esplenectomía.³

Siempre que sea posible se recomienda quimioprofilaxis preoperatoria con albendazol 10 mg/kg/día durante al menos quince días y después de la intervención quirúrgica.

Por todo ello, el tránsito hepatotorácico de un quiste hidatídico, aunque es poco frecuente, puede tener consecuencias graves, por lo que debemos sospecharlo por su clínica o en pacientes con hidatidosis previa conocida para poder tratarlo de manera precoz de la forma más adecuada acorde al estado general del paciente.

Conflictos de interés. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Sostén financiero. No se solicitó ningún apoyo financiero para la elaboración del caso clínico.

Referencias

1. Fernández-Lahera J, Mediano O, Sarró M, Alcolea S, Rojo B, Fernández I, Romera D, Álvarez-Sala R. Tránsito hepatotorácico de un quiste hidatídico hepático evolucionado. *Rev Patol Respir* 2006; 9: 141-142.
2. García A, Lladó L, Torras J, Ramos E, Rafecas A. Hidatidosis hepática gigante con fístula quistopleural e hidatidosis pleural. *Cir Esp* 2007; 82: 177-179.
3. Adel F, Ramia JM, Gijón L, de la Plaza-Lamas R, Arteaga-Peralta V, Ramiro-Pérez C. Hidatidosis extrahepática y extrapulmonar. *Cirugía y Cirujanos* 2017; 85: 121-126.
4. Pinto PP. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la hidatidosis. *Rev Chil Cir* 2017; 69: 94-98.
5. Muñoz C, Burgos L, Fonseca V. Fístula biliobronquial de origen hidatídico. *Rev Chil Cir* 2009; 61: 504-506.
6. Manterola C, Ávila N, Seco J, Ulloa P, Moraga J. Tránsito hepatotorácico, complicación evolutiva de la hidatidosis hepática. Características clínicas y morbilidad de una serie prospectiva de pacientes intervenidos quirúrgicamente. *Rev Chil Cir* 2009; 61: 345-349.