

CASOS CLINICOS

Compresión y fístula coledociana por hidatidosis peritoneal secundaria

Dres. Jorge Pomi, Hugo Bertullo, Washington Liard y Jorge Boschi *

Se presenta un caso de compresión de la vía biliar principal por un quiste hidático peritoneal secundario, intercolecistoduodenal, al que le da carácter de excepcional, su fistulización simultánea en el colédoco. La comprobación fue intraoperatoria y radiológica postoperatoria. La conducta no varía de la ya establecida para la hidatidosis peritoneal. De evolución inmediata favorable, el pronóstico alejado depende de la enfermedad hidática peritoneal múltiple.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Jaundice, obstructive/etiology. Common bile duct/pathology. Echinococcosis/complications.

La enfermedad hidática nos tiene acostumbrados a las presentaciones y complicaciones más proteiformes, dada su enorme ubicuidad locativa. Sin embargo, periódicamente aparecen localizaciones o modalidades evolutivas que sorprenden y que vale la pena mencionar para enriquecer nuestra ya desgraciadamente frondosa casuística.

En el XXIV Congreso Uruguayo de Cirugía, Porras y Marella, agotando la documentación bibliográfica, reconocieron la excepcionalidad del compromiso extrínseco de la vía biliar principal, ya sea por hidatidosis peritoneal subhepática (lo más frecuente) o hepática [sobre todo del lóbulo de Spiegel (4)].

Recientemente R. Praderi y colaboradores reunieron cinco observaciones de compresión extrínseca de la vía biliar principal por hidatidosis peritoneal (3 casos) y hepática (2 casos), en un trabajo que es posiblemente el más documentado sobre el tema (5).

La observación que aportamos trata de una hidatidosis peritoneal secundaria que comprime y se fistuliza en el colédoco, hecho este último que da carácter de excepcionalidad a la complicación y que no hemos encontrado en la bibliografía habitual.

A ello agregamos la documentación radiológica de sumo interés, realizada por el doctor Boschi.

Clínica Quirúrgica "F" (Prof. Dr. Luis A. Praderi). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.

OBSERVACION

Hombre de 73 años. Casmu, 432.174.

Consulta por astenia y adelgazamiento. Comienza 20 días antes con toque del estado general progresivo. Concomitantemente síndrome icterico. Pesadez postprandial. Periodos de constipación seguidos de episodios de diarrea. Evolución apirética.

Antecedentes de ser un alcoholista y fumador importante. No otras enfermedades generales.

Al examen muy adelgazado, icterico, anémico. Cuello, pleuropulmonar y cardiovascular normales.

Abdomen: hígado multinodular a nódulos grandes, moderadamente doloroso. Tres tumoraciones intraperitoneales de 3-4 cm de diámetro, en región periumbilical y fosa iliaca derecha. Tacto rectal y fosas lumbares sin particularidad.

Exámenes de laboratorio. Señalamos únicamente los de interés (7-II-75).

Orina: albúmina 1.10 gr.%; pigmentos biliares ++++.

Funcional hepático: Bilirrubina indirecta, 3.6 mgr %; Bilirrubina directa, 7 mgr %; Bilirrubina total, 10.6 mg %; proteinemia 6.50 gr. %; Fosfatasa alcalina 25.5 Unidades Bodansky; colesterol 280 mgr %.

Radiografía de tórax: elevación del hemidiafragma derecho con opacidad del fondo de saco costofrénico.

Operación. Se interviene el 14-II-74. (Dres. W. Liard, H. Bertullo y J. Pomi).

Diagnóstico preoperatorio: carcinomatosis peritoneal. Ictericia neoplásica.

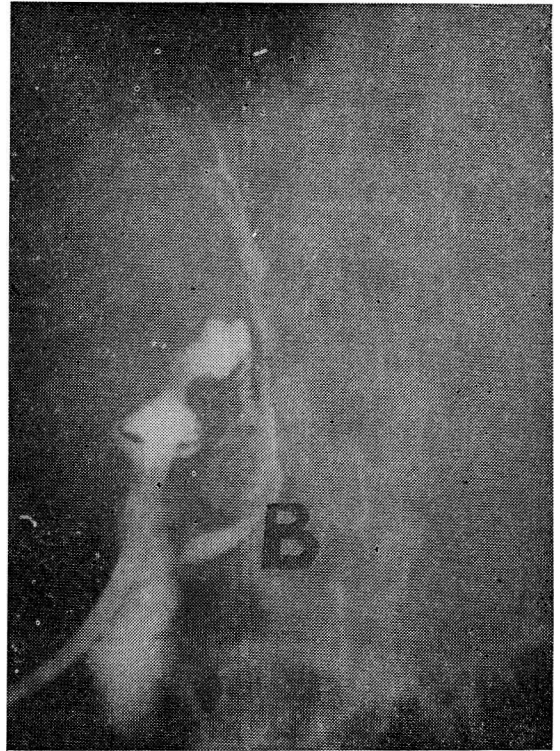
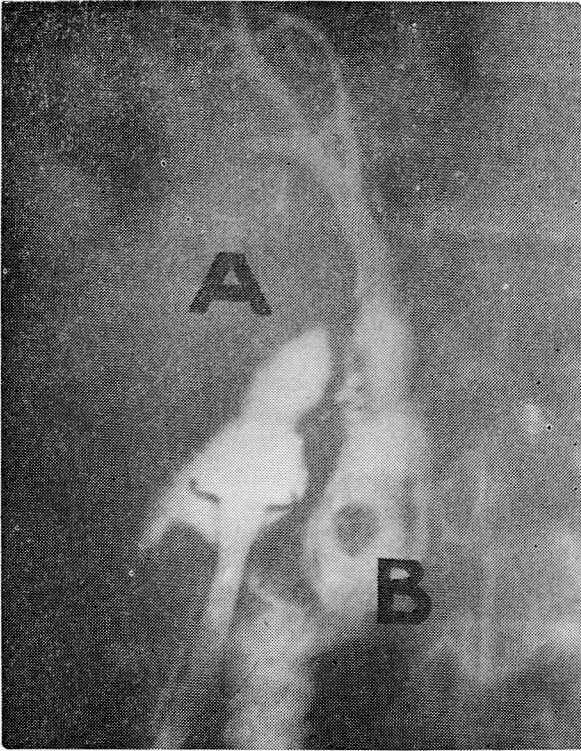
Incisión subcostal derecha. Exploración:

- 1) Exudado peritoneal escaso amarillento.
- 2) Hidatidosis peritoneal secundaria y múltiple con:
 - varios quistes en gran epiplón de tamaños diversos, entre 2 y 10 cm de diámetro;
 - uno en fosa iliaca derecha;
 - uno en pared toracoabdominal derecha;
 - uno perihepático que asoma por debajo del borde anterior del hígado;
 - no se exploró la pelvis por las adherencias existentes y dada la gravedad del enfermo.
- 3) Hígado granuloso con infiltración grasa e hipertrofia del lóbulo izquierdo. Cicatriz fibrosa en su borde anterior, probablemente del quiste primitivo. Gran quiste centrohepático que aflora por la cara posterosuperior de abordaje inaccesible.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 8 de mayo de 1974.

* Médicos Auxiliares y Asistente de Clínica Quirúrgica. Médico Radiólogo del Hospital de Clínicas.

Dirección: Bulevar Artigas 3386 Montevideo (Dr. Pomi).



Figs. 1 y 2.—Colecistocolangiografía postoperatoria. En Fig. 1 se observa la compresión extrínseca de las VB en su sector intrahepático, desplazadas por QH de lóbulo derecho (A). En Fig. 1 y 2 puede verse la cavidad residual del quiste intercolecistoduodenal cerrada sobre sonda Pezzer (B)

- 4) Quiste subhepático creciendo entre segunda porción del duodeno y vesícula, de 10 cm de diámetro.
- 5) Vesícula muy distendida y tensa, sin cálculos.
- 6) Esplenomegalia sin evidencias de hidatidosis.
- 7) Dilataciones venosas importantes en los vasos del gran epiplón.

Procedimiento.

- 1) Resección en block de los quistes del gran epiplón.
- 2) Drenaje, extracción de membrana y tratamiento con suero clorurado, hipertónico de la cavidad adventicial de los quistes perihepáticos, parietal y subhepático. Una vez evacuado este último la vesícula pierde tensión y se ve que viene bilis por la cara posterior de la adventicia, comprobándose que el quiste estaba comprimiendo la vía biliar principal y en comunicación con la misma. No se puede reparar esta comunicación. Quistostomía cerrando la adventicia sobre sonda Pezzer.

Por las malas condiciones del enfermo se termina la intervención con una colecistostomía sobre sonda Pezzer.

- 4) Drenaje subhepático.

Los tubos se sacaron por contrabertura.

Cierre por planos.

Evolución. Con algunos incidentes, que se solucionaron fácilmente. Mejora el cuadro icterico, Alta el 26-IV-74.

Colecistocolangiografía postoperatoria: Se opacifican mediante sonda de colecistostomía las vías biliares que presentan una topografía modificada por compresión extrínseca en su sector intrahepático, desplazadas en arco por probable quiste del lóbulo derecho, el que se opacifica con el medio de contraste por comunicación con vía biliar (Fig. 1).

El sector terminal del colédoco, en amplia comunicación con la cavidad residual del quiste operado, se encuentra afinado, comprimido y desplazado hacia adentro (Fig. 2).

Se realizan maniobras complementarias de relleno con suero y aire de la cavidad residual, obteniéndose imágenes de aerobilia.

COMENTARIO

Las ictericias de origen hidático por compresión de la vía biliar principal han sido ya revisadas por varios autores nacionales y extranjeros (1, 2, 4, 5). Presentamos un caso de compresión y fistulización de un quiste hidático peritoneal secundario en colédoco.

Respondía al cuadro de una ictericia fría, obstructiva, que hizo pensar en la etiología neoplásica del proceso. Con ese diagnóstico se llegó al acto operatorio que estableció la verdadera etiología como sucede en la mayoría de los casos.

Los quistes que comprimen la vía biliar principal pueden ser hepáticos o perihepáticos. Los

de hígado, la comprimen hacia adelante o hacia atrás, según estén ubicados en el lóbulo de Spiegel o en el cuadrado, respectivamente (1); otras localizaciones hepáticas más raramente lo hacen. Los perihepáticos pueden adoptar variadas localizaciones como nuestro caso, que era intercolecistoduodenal.

La comprobación de la fístula coledociana fue de hallazgo intraoperatorio. La conducta no debe variar de las ya conocidas, sirviendo en este caso la quistostomía por algún tiempo como drenaje indirecto de la vía biliar principal.

La evolución puede estar comprometida por motivos directamente vinculados a la enfermedad hidática o a otras causas; aquí, ha sido favorable en primera instancia, mejorando progresivamente. Pero el pronóstico a largo plazo será el de toda hidatidosis múltiple peritoneal, invalidante y muchas veces mortal.

RÉSUMÉ

Compression et fistule du cholédoque due à une hydatidose péritonéale secondaire.

Présentation d'un cas de compression de la voie biliaire principale due à un kyste hydatique péritonéal secondaire, intercholécystoduodénal, auquel une fistulisation simultanée dans le cholédoque donne un caractère exceptionnel. On le constate dans l'intraopérateur et dans la radiologie postopératoire. La conduite à suivre est la même que celle de l'hydatidose péritonéale.

le. Dans l'immédiat l'évolution est favorable et à plus long terme elle dépend de la maladie hydatique péritonéale multiple.

SUMMARY

Common bile duct compression and fistula due to secondary peritoneal hydatid cyst.

The authors report a case of compression of the common bile duct by a inter-cholecysto-duodenal secondary peritoneal hydatid cyst. Its simultaneous fistulization in the choledochus makes it exceptional. The finding was confirmed during surgery and through postoperative X-Rays. The management does not differ from the one used for peritoneal hydatid disease. Immediate evolution is satisfactory, but the long-term prognosis depends on the multiple peritoneal disease.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CHIFFLET A, FALCONI L, MAQUIEIRA G y PARODI H. Equinocosis hidática del hígado. En: Muñoz Monteavaro, C. Hepatología. Temas de actualidad. Montevideo. Oficina del Libro. A. E. M. 1967.
2. DÉVÉ F. L'échinococose secondaire. Paris. Masson. 1949.
3. LARGHERO P, VENTURINO W y BROLI G. Equinocosis hidática del abdomen. Montevideo. Delta. 1967.
4. PORRAS Y. Complicaciones hepatobiliares de la hidatidosis. *Cir Urug*, 43: 441, 1973.
5. PRADERI R, GOMEZ FOSSATI C y PRADERI L. Ictericia por compresión hidática de las vías biliares. *Cir Urug*, 43: 506, 1973.