

Complicaciones biliares de la equinocosis hepática del niño

Dr. Gonzalo Maquieira *

En un estudio de 120 observaciones de equinocosis hepática en el niño, el autor analiza las complicaciones biliares de las mismas, que alcanzan un porcentaje del 12.5 %. Se analizan los procedimientos más usados en su tratamiento quirúrgico, ocupando la evacuación del parásito, con resección de la adventicia emergente y el cierre y abandono de la cavidad residual, el primer lugar entre ellos.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Echinococosis, hepatic / complications.

La vía biliar (V.B.) puede verse afectada en el curso de una equinocosis hepática, por diversos mecanismos fisiopatológicos (7, 3, 4, 13):

1) Uno de los más frecuentes en el adulto, es la *comunicación quisto-biliar*. Esta puede asumir distintos grados con diferentes proyecciones anatomopatológicas y clínicas (17):

a) Simple comunicación entre cavidades virtuales. El crecimiento del parásito horada los canales biliares incluidos en la adventicia, pero la pared de la hidátide se mantiene obliterando esas aberturas, que sólo podrán ponerse en evidencia, al disminuir la tensión de la misma. Estas aberturas son las responsables de las bilirragias del postoperatorio.

b) Evacuación del contenido hidático: se rompe la hidátide, pasando el contenido líquido de la misma, a los canales biliares, pero sin provocar obstáculo canalicular.

c) Obstrucción de la V.B. por restos hidáticos: Estos, aprovechando la comunicación con un grueso canal, se desplazan hacia la V.B. principal, siendo los responsables del síndrome obstructivo (14, 17).

2) *Mecanismo alergo-anafiláctico*. A través del edema y la congestión hepática, se provocan alteraciones de los canalículos biliares intrahepáticos, traduciendo clínicamente por ictericia o hepatomegalia. Igualmente, la V.B. principal puede verse afectada por espasmos odianos que reconocen esta causa (11, 17).

3) *Compresión extrínseca de la V.B.* El crecimiento expansivo del quiste hidático (Q. H.), llega a incluir y comprimir la V.B., crean-

Clinica Quirúrgica Infantil (Prof. Dr. Walter Taibo). Hospital "Pereira Rossell". Montevideo.

do obstrucción de la misma. En general, se asocia también la compresión de los otros elementos del pedículo hepático (porta, etc.) y de la cava.

4) *Cirrosis y fibrosis hepática*. Por ambos mecanismos puede llegarse al compromiso de la canalización biliar intrahepática. La obstrucción prolongada puede ser causa de una cirrosis biliar. La cirrosis "hidática", en cambio, es muy discutible y poco aceptada. El término más conveniente sería el de "fibrosis" hepática, vinculada fundamentalmente al compromiso del sector porta (2, 15, 16). El déficit de circulación portal, puede llevar incluso a la atrofia del sector comprometido de hígado, con hipertrofia de los territorios no afectados (5, 6). Esta hipertrofia compensadora es un hecho muy frecuente en el niño y fácilmente evidenciable por el gamagrama o el acto operatorio.

CASUÍSTICA

Se analizan 120 observaciones de equinocosis hepática del niño, provenientes en su mayoría de la Clínica Quirúrgica Infantil del Hospital Pereira Rossell. Las edades oscilan entre 2 y 15 años, con una incidencia predominante entre los 5 y 11 años.

De este grupo se extraen las siguientes complicaciones biliares:

- Comunicaciones quisto-biliares:
 - con obstrucción: 2 casos (1,6 %);
 - bilirragias postoperatorias: 5 casos (4,1 %).
- Mecanismo alérgico: 6 casos (5 %).
- Compresión extrínseca: 1 caso (0,8 %).
- Fibrosis hepática con repercusión biliar y portal: 1 caso (0,8 %).

COMENTARIO

Tomadas en conjunto las complicaciones biliares alcanzan una incidencia del 12,5 %.

En el niño se destaca la poca frecuencia de la comunicación quistobiliar y como consecuencia, la rareza de la obstrucción por restos de membranas. En los dos casos de la serie, la clínica no se diferencia en nada a la habitual en el adulto (ictericia, fiebre, etc.). En ambos, la comunicación quistobiliar se hace a expensas de un grueso canal, extrayéndose res-

Presentado en la Mesa Redonda sobre "Patología de las vías biliares en el niño y su tratamiento". (Coordinador: Dr. Folco Rosa), del XXV Congreso Uruguayo de Cirugía, el 3 de diciembre de 1974.

* Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica Infantil. Dirección: Armonía 3122, Montevideo.

tos de membranas del hepatocolédoco. El quiste se localiza en el lóbulo derecho, en su sector posterosuperior, con un contenido multivesicular y bilioso.

La incidencia en el niño de cuadros clínicos de posible filiación alérgica anafiláctica, ocupa un lugar importante. En las 6 observaciones se anotan episodios de ictericia, cercanos a la operación y de corta duración, a veces acompañados de otras manifestaciones del cuadro alérgico que desaparecen espontáneamente. La mayoría (4 casos), corresponden a quistes hepáticos hialinos no complicados, y en dos casos, el contenido es multivesicular. En ninguno de ellos se aprecia participación de la V.B. principal, ni bilirragia postoperatoria.

La bilirragia postoperatoria es un hecho excepcional en el niño. En 120 observaciones, se presentó en 5, siendo su persistencia en el tiempo escasa y no significando un problema destacable en la evolución ulterior. Debe señalarse que el "drenaje" del quiste hidático del niño, constituye la excepción en la terapéutica del mismo y que la bilirragia siguió a drenajes instituidos por diversos motivos.

La compresión extrínseca del pedículo hepático, se presentó en un caso. Se comprometía la vía biliar y la porta simultáneamente, dando como manifestaciones clínicas: ictericia, hipertensión portal y esplenomegalia. El drenaje del quiste soluciona el problema biliar, pero debe ser completado con esplenectomía, para tratar la hipertensión venosa y la esplenomegalia. La recuperación del niño, con esta conducta terapéutica se hizo sin problemas.

En otra observación, la manifestación predominante es un síndrome de hipertensión portal con hemorragia digestiva, derivaciones venosas coronario esofágicas y una ictericia moderada. La causa del síndrome, un Q.H. del sector medio del hígado, que comprime la porta. El hígado aparece de mayor consistencia, comprobándose por la biopsia elementos de fibrosis hepática que no configuran una cirrosis. El tratamiento debió encarar el drenaje del parásito, seguido de derivación espleno-renal. El Q.H. era hialino y sin comunicación biliar.

Puede concluirse, que la complicación biliar en la equinocosis hepática del niño es poco frecuente, lo que también es señalado por otros autores (1, 12, 14, 19, 20, 21).

La razón de este hecho surgiría de los propios caracteres del quiste hidático del niño, que se presenta en forma joven, no complicado (8, 9). En un alto porcentaje es un quiste univesicular, hialino (8, 19); en su crecimiento encuentra estructuras que por su elasticidad se dejan desplazar con cierta facilidad, sin ofrecer resistencias. El quiste aparece superficializado en el hígado y con una adventicia tenue, muy delgada, no englobando canales biliares que faciliten la complicación ulterior (9, 10, 22, 23).

El procedimiento más usado en el tratamiento del Q.H., en esta serie, fue la evacuación del parásito, con resección de la adventicia emergente y el cierre y abandono de la cavidad residual. Solamente se utilizó el drenaje,

en casos de quistes muy grandes o complicados (supuración, multivesiculización, bilirragia intraquistica). Las observaciones de ictericia con fenómenos alérgicos anafilácticos, no necesitaron tratamiento específico, retrocediendo los síntomas en forma espontánea.

En la obstrucción de la vía biliar por restos hidáticos, se siguieron las mismas directivas que en el adulto. Vale decir, la evacuación y drenaje del quiste, con simultánea limpieza de restos hidáticos de la vía biliar y drenaje de la misma. Este drenaje "bipolar" es el ideal. Cuando no es posible realizarlo, por razones técnicas (topografía del quiste, etc.), o por el estado general del paciente, se realiza el drenaje del polo quístico y según evolución, se considera la necesidad de completar el tratamiento con el drenaje del polo biliar.

El drenaje exclusivo de la vía biliar, en general no resuelve completamente el problema.

Cuando a la participación biliar, se suma la participación vascular portal, esta puede comandar las directivas del tratamiento. En una de las observaciones fue suficiente la evacuación del parásito, seguida de esplenectomía; en la otra debió agregarse a la evacuación del quiste, el tratamiento de la hipertensión portal por derivación espleno renal.

CONCLUSIONES

1) Se analizan 120 observaciones de equinocosis hepática en niños de 2 a 15 años.

2) La incidencia de complicaciones biliares es baja, lo cual puede vincularse a las características del quiste hidático del niño.

3) La comunicación quiste biliar (Q.H. abierto en vías biliares) constituye un hecho de excepción en relación a la incidencia del adulto (1,6 % - 11,47 %).

4) La presencia de cuadros de posible filiación alérgica, ocupa un lugar importante en las manifestaciones biliares.

5) La participación simultánea, biliar y vascular portal, es un hecho a considerar en la equinocosis hepática del niño. Cuando se presentan, en general ocupan las manifestaciones venosas, el primer plano en la clínica y en la terapéutica.

6) El procedimiento más usado en el Q.H. simple, es la evacuación seguida de resección de la adventicia emergente, con cierre y abandono de la cavidad residual. El quiste muy grande o complicado, se trata por drenaje.

7) El drenaje bipolar (drenaje del polo quístico y del polo biliar), es de indicación en el quiste hidático abierto en vías biliares. La complicación portal se trata en forma diversa según su naturaleza (esplenectomía derivación espleno renal).

RESUME

Complications biliaires de l'échinocose hépatique chez l'enfant.

Dans une étude portant sur 120 observations d'échinocose hépatique chez l'enfant, l'auteur analyse les

complications biliaires qui atteignent un pourcentage de 12,5, de même que les procédés les plus usuels en matière traitement chirurgical. L'évacuation du parasite avec résection de l'adventice émergente et la fermeture et abandon de la cavité résiduelle occupant la première place parmi tous ces procédés.

SUMMARY

Biliary complications of hepatic echinococcosis in children.

One hundred and twenty cases of hepatic echinococcosis in the child are reviewed. Biliary complications of these cases, which are 12.5 % of them, are pointed out. Surgical procedures are reviewed. The removal of the parasite, with the resection of the emergent adventitia and closure of the remaining cavity without any drainage is the procedure usually followed.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ANAVITARTE E, ARRUTI C, TORRES D. Quiste hidático hepático complicado con tránsito hepatobronquico en un niño de 10 años. *Cir Urug*, 44: 21, 1974.
2. ARCOS PEREZ M. Cirrosis portal. Tesis de Agregación en Gas roenterologia. Facultad de Medicina de Montevideo 1960 (inédita).
3. ARDAO H. Contribución al estudio de la adventicia en quistes hepáticos drenados. *Bol Soc Cir Urug*, 19: 39, 1948.
4. BOURGEON R, GUNTZ M, CATALANO H, VI-DEAU J. Les communications bronchiques-pulmonaires et parietales des kystes hydatiques du foie ouvertes dans les voies biliaires. *Afr Fr Chir*, 16: 371, 1958.
5. BOURGEON R, GUNTZ M, CATALANO H. L'hypertrophie compensatrice du foie au cours des tumeurs. Problèmes théoriques et pratiques. *Lyon Chir*, 58: 278, 1962.
6. BOURGEON R, PIETRI H, GUNTZ M. De l'atrophie hépatique et de la hypertrophie compensatrice. *Rev Int Hepatol*, 6: 997, 1956.
7. CHIFFLET A. La hidatidosis hepática es una afeción hepatobiliar. *Bol Soc Cir Urug*, 19: 23, 1948.
8. DEVÉ F. L'échinococose de l'enfant. *Arch Med Enfants*, mayo 1918.
9. DEVÉ F. Le kyste hydatique primitif de l'enfant. Les caractères anatomo-pathologiques. *Arch Pediatr Urug*, 11: 292, 1940.
10. DEVÉ F. L'échinococose primitive (Maladie hydatique). Paris. Masson, 1949.
11. GOINARD P, PEGULLO J, PELISSIER G. Le kyste hydatique. Thérapeutique chirurgicale. Paris. Masson, 1960.
12. LAGROT F, CORIAT P, TOUBOUL R. Le kyste hydatique du foie chez les enfants en Algérie. *Algérie Med*, 66: 561, 1962.
13. LARGHERO P, VENTURINO W, BROLI G. Equinococosis hidática del abdomen. Montevideo. Delta. 1963.
14. MAÑÉ-GARZÓN F, CURBELO-URROZ J. Defecación de membrana hidática. *Bol Chil Parasitol*, 20: 51, 1965.
15. MAQUIEIRA G. Esplenomegalia e hipertensión portal en la equinococosis hepática del adolescente. *Bol Soc Cir Urug*, 34: 58, 1963.
16. MAQUIEIRA G. Repercusión vascular en la equinococosis hepática. Premio Nario. Montevideo, Uruguay. 1963.
17. MARELLA M. El quiste hidático del hígado abierto en las vías biliares. Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina de Montevideo. 1955.
18. MORQUIO L. Sobre quistes hidáticos observados en la clínica de niños. *Rev Med Urug*, 1913.
19. ROSA F, ARRUTI C. Quiste hidático de hígado en el niño. *Bol Soc Cir Urug*, 32: 183, 1961.
20. TAIBO CANALE W. Hidatidosis hepática en el niño. *Arch Pediatr Urug*, 38: 596, 1967.
21. TAIBO-CANALE W. Equinococosis hidática pulmonar y hepática en el niño. *Acta Congreso de Cirugía Pediátrica*. São Paulo. Brasil, 1974.
22. TOUBOUL R. Contribution a l'étude du traitement chirurgical du kyste hydatique du foie chez l'enfant par la resection du dome saillant. *J Chir* (Paris), 82: 124, 1961.
23. ZERBINO V. Relaciones entre el quiste hidático del niño y el del adulto. *An Fac Med. Montev*, 5: 46, 1920.