

Hemorragia digestiva alta y oclusión duodenal complicando a la hidatidosis peritoneal

HORACIO PITTAMIGLIO, VARTAN TCHEK-MEDYIAN, DANILO CASTRO, CARLOS SANTANA, MARIA PLAVAN.

PALABRAS CLAVE: (KEY WORDS, MOTS CLES) MEDLARS: HEMORRHAGE, GASTROINTESTINAL/DUODENAL OBSTRUCTION E CHINOCOCCOSIS PERITONEUM

— *Clinica Quirúrgica "F" (Director Prof. Luis Praderi) H. de Clínicas Fac. de Medicina, Montevideo.*

RESUMEN

Se presenta una rara complicación de la hidatidosis peritoneal asociada a otra entidad patológica en la que la enfermedad hidática tiene responsabilidad etiológica.

Se describen los estudios realizados, los diagnósticos y la conducta terapéutica, de necesidad que se adoptó.

SUMMARY:

HIGH GASTROINTESTINAL BLEEDING AND DUODENAL OCCLUSION AS A COMPLICATION OF PERITONEAL HIDATIC DISEASE.

A rare complication of peritoneal hidatic disease associated to other pathological entity, which are ethiological related, is presented.

The tests, diagnosis and therapeutic conduct adopted are described.

RESUME:

HEMORRAGIE GASTROINTESTINALE HAUTE ET OCCLUSION DUODENALE ON COMPLIQUANT A L'HIDATIDOSE PERITONEALE.

On présent une rare complication de l'hidatidose péritoneale associé a une autre entité pathologique en la que l'hidatidose a la responsabilité étiologique. On décrit les examens, les diagnostiques et le conduit thérapeutique de nécessité qu'on a décidé.

INTRODUCCION

La complicación oclusiva de la vía digestiva en la hidatidosis peritoneal es un cuadro poco frecuente. De presentarse, compromete los sectores más distales del delgado o produce compresiones del colon, respetando el gastroduodeno. (1.2.3.4).

En el caso que se presenta, la compresión extrínseca de la vía digestiva se produce a nivel del duodeno II-III, asociándose una hemorragia digestiva alta cuyo mecanismo etiológico puede atribuirse al traumatismo de la mucosa provocado por el elemento compresor.

Presentado en la Sociedad de Cirugía el 3 de noviembre de 1982.
Asistente Interino, Prof. Adj. Interino. Asistente Interino de Clínica Quirúrgica, Pract. Interno, Postgrado de Cirugía.
Dirección: José Ellauri 809/501 Montevideo (Dr. M. Pittamiglio)

CASO CLINICO

I.S., 53 años, procedente de Montevideo.

Ingresa el 20-4-82 al Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas por un cuadro caracterizado por vómitos, primero de alimentos, luego biliosos y por último fecaloideos y detención del tránsito para materias y gases, de 4 días de evolución.

El examen muestra un paciente con deshidratación severa, inestabilidad hemodinámica, movilizándose importante cantidad de secreciones bronquiales espesas. El examen abdominal muestra una distensión generalizada, ruidos hidroaéreos de timbre aumentado y múltiples tumoraciones abdominales, predominando en hipocondrio izquierdo y hemiventre derecho (donde presenta un frémito claro), de consistencia quística.

El tacto rectal muestra pocas materias en la ampolla y se tasta una tumoración, de consistencia quística, que ocupa toda la pelvis.

Como antecedentes a destacar, existen una paraplejia y paresia de miembro superior derecho postraumáticas, de 14 años de evolución y una bronquitis crónica severa.

Con diagnóstico de oclusión intestinal mecánica se piden estudios paraclínicos.

La radiología muestra una elevación del hemidiafragma derecho, poca distensión de asas delgadas y gases en el colon. A nivel del sigmoides se observan abundantes materias fecales.

La fibrolaparoscopia muestra una tumoración blanquecina de fosa ilíaca derecha de 10 x 10 cm, de consistencia firme. El lóbulo derecho del hígado está aumentado de tamaño, con múltiples nódulos superficiales, recubiertos de parénquima. Asas delgadas distendidas. Diagnóstico laparoscópico: HIDATIDOSIS HEPATICA Y PERITONEAL.

En base a los elementos clínicos y paraclínicos se hace diagnóstico de OCLUSION POR FECALOMA y se trata con reposición hidroelectrolítica, intubación con sonda nasogástrica y se evacua un gran fecaloma con lo que se obtiene un retroceso del cuadro y una franca mejoría del paciente.

En sala se completa el estudio con un centellograma hepático y del pool sanguíneo que muestran un hígado disminuido de tamaño, que no conserva su forma habitual y múltiples procesos de sustitución que en el pool se presentan como hipovascularizados, en el domo hepático y en el borde inferior de ambos lóbulos.

El inmunodiagnóstico para QH es positivo en el arco 5 y revela la presencia de antígenos precipitantes para antígenos hidáticos.

El paciente evoluciona satisfactoriamente, se completa el estudio con una exploración funcional respiratoria (que muestra una disminución de la funcionalidad respiratoria del 50% y un severo componente obstructivo bronquial escasamente reversible con los broncodilatadores) y se decide no realizar ningún gesto quirúrgico sobre su hidatidosis, tomando en cuenta los factores de riesgo. Se instala tratamiento médico de su afección bronquial.

El día del alta el paciente comienza con vómitos biliosos profusos, sin cuadro doloroso abdominal.

Los gastos de la sonda nasogástrica son elevados e irregulares, aumentando con el decúbito dorsal y disminuyendo con el decúbito lateral. El esofagogastroduodeno con Hypaque muestra una ausencia de pasaje a los sectores distales del duodeno y una sombra redondeada paravertebral izquierda.



Fig. 1 Obsérvese la gran elevación y la irregularidad del hemidiafragma derecho.

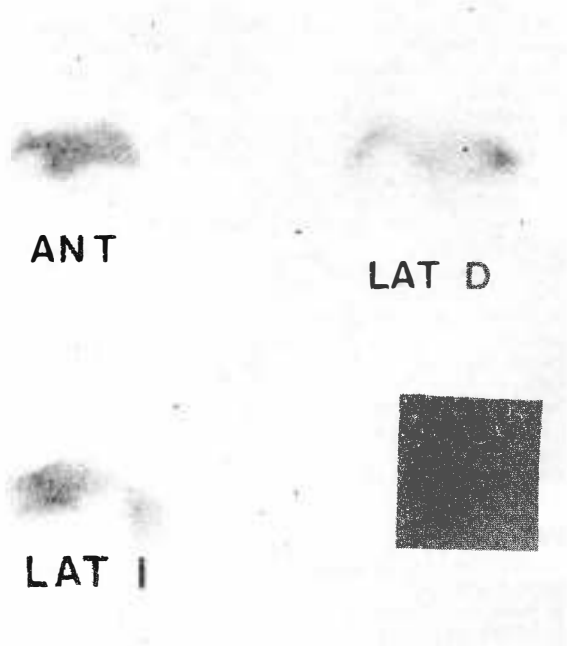


Fig. 2 Centellograma hepático.

La fibrogastroscofia muestra una mucosa gástrica congestiva, abundante reflujo de bilis del duodeno, ausencia de lesiones duodenales, no logrando pasar el aparato mas alla de la rodilla superior por no separarse las paredes del órgano.

Al sexto día de evolución del cuadro, el paciente presenta una hemorragia digestiva, con hematemesis y melenas, importante, que reitera en tres oportunidades, descompensandolo hemodinamicamente, por lo que se decide la intervención para realizar la hemostasis.

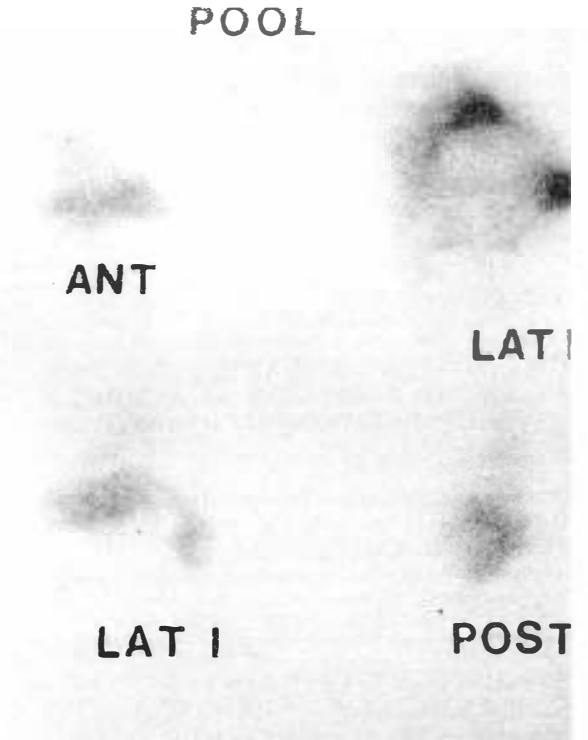


Fig. 3 Centellograma del pool sanguíneo.



Fig. 4 Esofagogastrroduodeno con Hypaque obsérvese la clara imagen paravertebral izquierda.

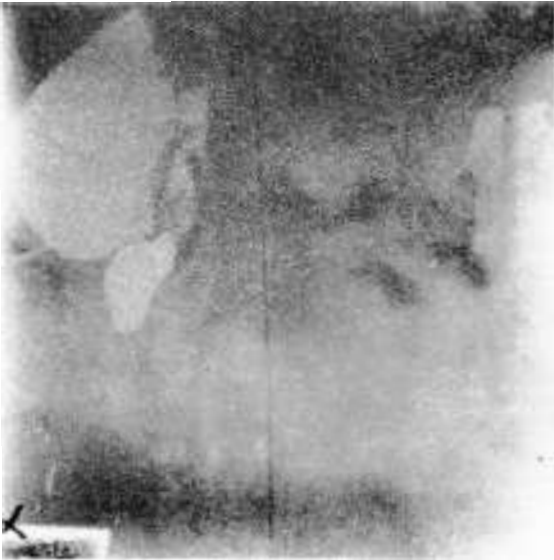


Fig. 5 Nótese la ausencia de pasaje a nivel del duodeno II.

OPERACION (18-5-82)

Incisión mediana xifopúbica.

Exploración: QH de hígado que ocupa todo el lóbulo D. QH de epiplón mayor. QH colocado entre las hojas del mesocolon transverso. QH de la gotera parietocólica D, que levanta el colon D, desplaza el uréter y llega hasta la cara inferior del hígado situándose por detrás del duodeno. El duodeno II-III se encuentra comprimido entre los quistes del mesocolon y de la gotera parieto cólica. QH de pelvis que comprime vejiga y rectosigmoides. Todos los QH son voluminosos, variando su tamaño entre 15 a 30 cm de largo por 10 a 15 cm de ancho. Resto de la exploración abdominal: S/P.

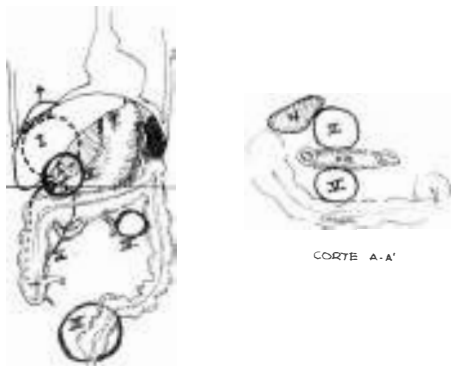


Fig. 6 Quiste hidatico de mesocolon roto. Obsérvese la gran vesiculización endógena.

Procedimiento: quistectomía de los QH de epiplon, mesocolon, gotera parietocólica D y pelvis. Quistostomía, evacuación y drenaje con 2 tubos de latex del QH de hígado que se encuentra en vías de transición al tórax.

Drenajes subhepático y del Douglas con cigarrillo.

Cierre en un plano con Dexon O. 4 puntos totales de lino.

La endoscopia intraoperatoria, realizada luego de evacuados los quistes muestra una mucosa duodenal erosionada, congestiva, sangrante, desplegándose fácilmente las paredes duodenales.

El paciente queda intubado, con apoyo ventilatorio con Bird. Las gasometrías postoperatorias presentan importantes alteraciones y fallece al 4º día del postoperatorio por paro cardíaco hipóxico.



Fig. 7 Quistes hidáticos de la gotera parieto-cólica der. (arriba) y el gran quiste pelviano (abajo).



COMENTARIOS

El caso presentado es una excepcional complicación de la hidatidosis peritoneal a la que se agrega una hemorragia digestiva alta provocada por el traumatismo, la congestión y la ulceración de la mucosa duodenal comprimida entre dos quistes.

No hemos encontrado en la literatura consultada un caso de similares características.

En cuanto a la forma de presentación, lo común es que la hidatidosis peritoneal, en su forma supramesocolica provoque compresiones de la vía biliar o del intestino delgado, al que a su vez adhieren y distorsionan.

Los quistes epiploico-pelvianos adhieren a las paredes abdominales y a las vísceras. Los quistes pelvianos provocan compresiones de la vía urinaria, en general unilateral, levantan la vejiga e incluso pueden perforarse en ella.

En cuanto al tratamiento, los quistes epiploicos deben ser resecados con el epiplón. En este caso la quistectomía fue de tan fácil realización y en tan breve tiempo, que no ameritaba prolongar el acto quirúrgico en un paciente con grandes factores de riesgo. Lo mismo vale para el quiste pelviano. El tratamiento recomendado para esta topografía es la evacuación y el drenaje, pero en este paciente existía un plano de clivaje fácilmente seguible por lo que se decidió realizar la quistectomía.

En los quistes de la gotera parietocólica no existe una conducta bien definida. Se optó por la quistectomía porque no adherían a los elementos del plano posterior (cava, ureter). Si lo hicieren el tratamiento es la quistostomía y el drenaje con tubo.

Por último, el quiste hepático se trató como se aconseja: por evacuación y drenaje.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. LARGHERO P., VENTURINO W., BROLI G.: Equinocosis hidatídica del abdomen. Montevideo. Delta. 1962.
2. DEL CAMPO J.C.: Quistes hidáticos peritoneales. Congreso Uruguayo de Cirugía, 110 2: 187. 1960.
3. VIOLA H., DIFILIPPO H., GOLLER W.: Oclusión intestinal por hidatidosis peritoneal secundaria. Cir. Uruguay. 44: 57, 1974.
4. Complications of Echinococcus cyst rupture. JAMA 195: 220, 1966.