

Hidatidosis hepática a gran crecimiento peritoneal

A propósito de un caso

Dres. Sonia Boudrandi, Eduardo Henderson,
Luis Ruso, Pablo Matteucci, Roberto Perdomo,
Beatriz Iade y Luis Antoniello

Se presenta un caso de hidatidosis hepática no complicada, a gran crecimiento peritoneal. El interés se centra: en la rareza de esta forma de presentación, las dificultades diagnósticas a pesar de los adelantos paraclínicos: tomografía y ecografía, la necesidad de una revisión bibliográfica sobre esta forma de presentación cada menos frecuente y su tratamiento exitoso.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
ECHYNOCOCCOSIS / LIVER.

SUMMARY: Hepatic hydatidosis with great peritoneal growth. Regarding one case.

Authors present a case of non-complicated hepatic hydatidosis with great peritoneal growth. The interest is centered on the rarity of this presentation form; diagnostic difficulties in spite of paraclinical advances, echography and tomography, and the need of a bibliographical revision on this gradually less frequent presentation form, and its successful treatment.

RÉSUMÉ: Hydatidose hépatique a grand développement péritoneale. A propos d'un cas.

Il s'agit d'un cas d'hydatidose hépatique non compliquée avec un grand développement péritoneale. L'intérêt du cas cité est établi par l'exceptionnalité de sa présentation, les difficultés de diagnostic malgré les progrès

Clinica Quirúrgica "F" y Clínica de Nutrición y Digestivo (Director Prof. Dr. Lorenzo Praderi). Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina. Montevideo.

paracliniques: tomographie, echographie; le besoin d'une révision bibliographique sur cette forme de présentation chaque fois moins fréquente et son traitement efficace.

INTRODUCCION

La enfermedad hidática peritoneal ha sido motivo de numerosas publicaciones nacionales y extranjeras. En nuestro medio se destacan los trabajos de los Dres. Larghero, Chifflet, Del Campo, Cendán, Pratt, Lamas, Navarro, García Capurro, Piaggio Blanco, Perdomo, Valls, Méndez Aserito, etc. que se han ocupado del tema^(6, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 18, 19, 22 26)

El interés de este caso clínico está dado por:

- a) la forma poco habitual de presentación, que llevó a dificultades diagnósticas preoperatorias;
- b) actualizar los exámenes paraclínicos a la luz de los avances en esta rama de la Medicina;
- c) la necesidad de actualizar la bibliografía de esta forma anátomo-clínica cada vez menos frecuente.

OBSERVACION CLINICA

J.L.O. Hosp. de Clínicas. Reg. N° 314.330. Masculino. 29 años. Trabajador rural. Procedencia: Tacuarembó. Ingreso: Junio de 1987.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 10 de octubre de 1987 en la reunión de la Sociedad de Cirugía en Paysandú.

Prof. Adjunta, Asistentes, Profesores Agregados de Clínica Quirúrgica y Asistentes de Clínica de Nutrición y Digestivo.
Dirección: Rivera 3307(2) CP 11600. Montevideo.

E.A.: desde hace dos años distensión abdominal lentamente progresiva. Desde hace nueve meses disfagia para sólidos, transitoria, reiterativa, no progresiva y adelgazamiento de cinco kilos, por lo que ingresa con diagnóstico de carcinomatosis peritoneal, probable neoplasma esófago-gástrico. No presentó dolores abdominales, no dispepsia, no ictericia ni rash cutáneo, no sangrado digestivo. Tránsito digestivo bajo y urinario normales.

A.P.: operado de labio leporino. Portador de situs inversus total.

A.A.: contacto con perros. Conoce la hidatidosis.

Examen: paciente delgado, longilíneo, bien coloreado. Cicatriz operatoria de labio superior. Tórax de zapatero. Dextrocardia. Abdomen: distensión uniforme con ligero predominio central. Cicatriz umbilical normal. No circulación colateral. A la palpación: abdomen tenso, depresible, indoloro, renitente. No se palpan tumoraciones ni viceromegalias. Matidez no desplazable tanto en flancos como en región umbilical. Traube a derecha. Tacto rectal: normal.

LABORATORIO: 1ª ecografía abdominal: situs inversus. Masa quística que ocupa todo el abdomen, comprime hígado y bazo, aparentemente encapsulada, no se moviliza con los cambios de posición. Impresión ecográfica: tumor gástrico o gran quiste hidático aunque no se ven restos hidáticos en su interior.

2ª ecografía: (postpunción): igual que la anterior. Se observan imágenes hiperecogénicas dispuestas en bandas. Doble contorno subhepático (fig. 1).

TAC de abdomen: situs inversus. Gran tumoración quística a contenido homogéneo que se extiende desde el sector subhepático hasta el Douglas. Comprime y desplaza hacia atrás y afuera las asas delgadas. Impresión tomográfica: quiste mesentérico (fig. 2).

Inmunolectroforesis: arco 5 negativo.

Punción citodiagnóstica: Líquido cristal de roca, sin células. Proteínas: 8,4 g/l.

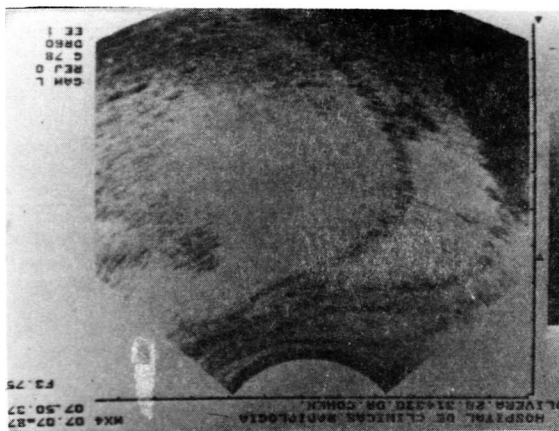


Fig. 1. Ecografía. Membrana hidática decolada y líquido con arenilla.

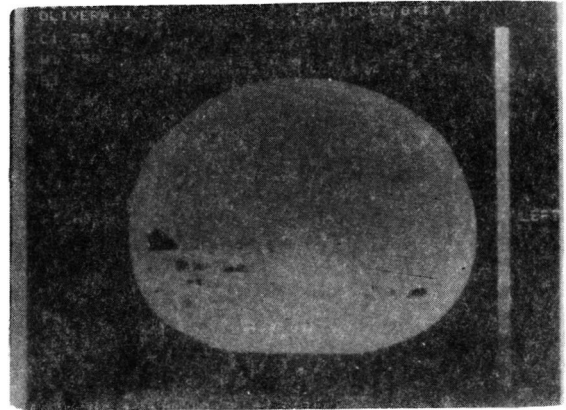


Fig. 2. T.A.C. Gran quiste intraperitoneal con desplazamiento posterior de las vísceras.

Con diagnóstico de tumoración quística abdominal, teniendo dos posibles etiologías: a) hidatidosis peritoneal; b) quiste mesentérico, es intervenido el 17/7/87.

OPERACION: mediana supraumbilical. Exploración: tumoración quística que se ubica por detrás del peritoneo parietal anterior con el que presenta adherencias laxas. Se extiende desde la cara inferior del hígado hasta el fondo de saco de Douglas ocupando la totalidad de la cavidad abdominal. No hay exudado peritoneal, ni otras tumoraciones. Situs inversus.

Procedimiento: 1º) protección de la cavidad peritoneal con compresas cloruradas. Punción y evacuación de 7.800 cc de líquido cristal de roca. Se abre la adventicia y se comprueba membrana madre única, efraccionada en un sector. Se clorura, se extrae la membrana que presenta en su interior algunas vesículas hijas pequeñas. 2º) el saco adventicial adhiere al epiplón mayor, antro gástrico, duodenopáncreas, vesícula biliar y a la cara inferior del hígado en el segmento IV, área en que se encuentra teñido en bilis. Se realiza adventicectomía total, separándolo del parénquima hepático.

Evolución: sin complicaciones. Alta al 7º día. Control clínico a los 15 días: asintomático.

Anat. Patol.: Quiste hidático de 37 x 30 cm, superficie externa gris parduzca, superficie interna con aspecto de clara de huevo cocido, quitinosa.

Microscopía: quitinosa constituida con una formación laminar, que presenta un proceso inflamatorio con linfocitos y células polinucleares, con neovasos (tejido de granulación).

Adventicia: constituida por una proliferación conjuntivo-fibrosa con hemorragia, con vasos dilatados y congestivos, con un exudado fibrino-leucocitario y linfocitos. En la parte interna del quiste se observa la prolígera. Técnicas especiales: Carmin de Best.

En suma: quiste hidático en sufrimiento (no se observó hígado).

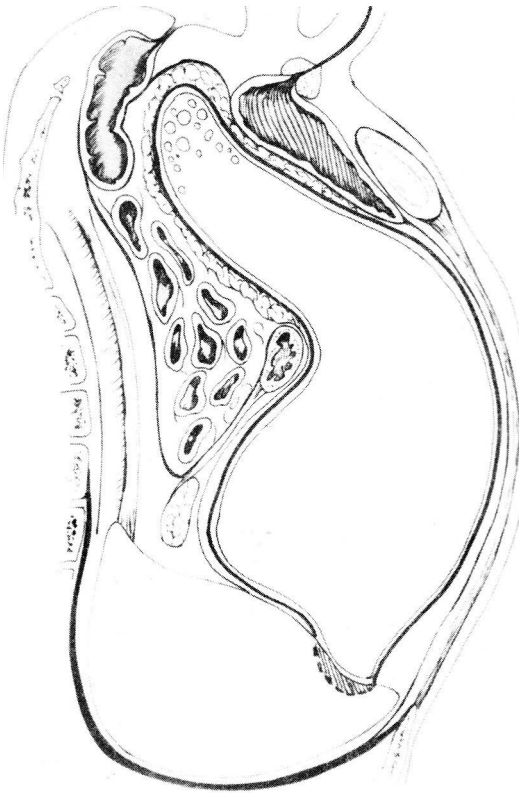


Fig. 3. Corte sagital de abdomen. Relaciones viscerales.

COMENTARIOS

La presentación clínica bajo la forma de distensión abdominal progresiva e indolora con matidez, sugieren el diagnóstico de ascitis, donde llama la atención la ausencia de sonoridad centroabdominal, de desplazamiento y una cicatriz umbilical normal, hechos que descartan una ascitis en cavidad libre y nos llevan a plantear estar frente a una ascitis enquistada o una tumoración gigante que ocupa gran parte de la cavidad peritoneal^(10, 11, 15, 18). Siguiendo con este razonamiento se plantean dos posibles etiologías:

a) en nuestro país, un paciente procedente del medio rural, de zona endémica de hidatidosis, el primer diagnóstico es el de hidatidosis peritoneal⁽¹⁹⁾

b) por tratarse de un paciente joven, portador de malformaciones conjuntas múltiples (labio le-

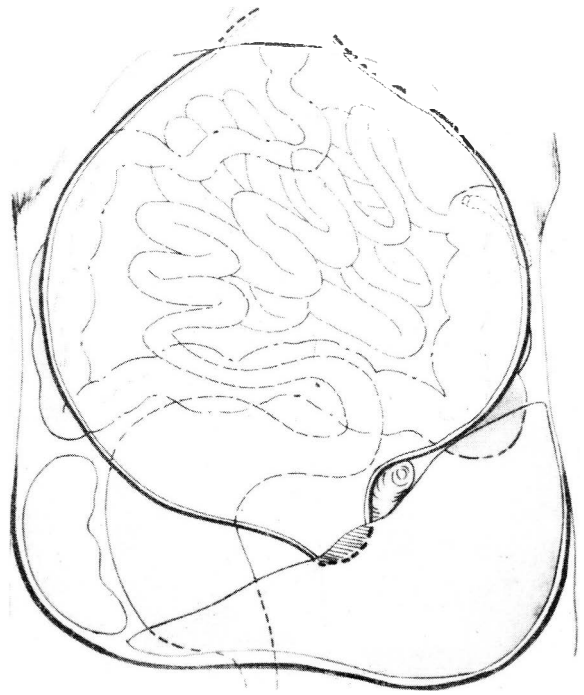


Fig. 4. Vista anterior del quiste y sus relaciones viscerales.

porino, situs inversus) se plantea como diagnóstico diferencial un quiste mesentérico gigante (linfangioma quístico, quiste desmoide) o un quiste de origen enteral. Estas tumoraciones pueden presentar gran crecimiento simulando una hidatidosis⁽²³⁾.

Los avances paraclínicos nos permiten realizar exámenes no invasivos, de gran utilidad como la ecografía y la tomografía. Estos nos muestran el número, tamaño, topografía del quiste así como su vinculación con las vísceras vecinas, el contenido homogéneo (univesicular) o heterogéneo (quiste multivesicular o complicado)^(13, 16, 20). En nuestro caso estos exámenes permitieron descartar la ascitis libre, aunque no permitieron aclarar el diagnóstico etiológico. La segunda ecografía realizada después de la punción presenta signos de sospecha diagnóstica al mostrar dos imágenes laminares que pueden corresponder a la membrana adventicial. El hecho de mostrar bandas hiperecogénicas que surcan la tumoración se puede interpretar como correspondiente a pliegues de la membrana madre al perder tensión por permeación luego de la punción.

Los estudios inmunológicos realizados: inmunoelectroforesis, que mostró arco 5 negativo, y el estudio de ELISA positivo débil, el que es un depósito específico⁽²⁰⁾, hablan de un escaso contacto entre huésped y el hospedero ya que presenta éste una respuesta inmunitaria mínima.

La punción citodiagnóstica está contraindicada frente al diagnóstico de hidatidosis visceral o peritoneal no complicada por la posibilidad de producir una siembra hidática. No obstante la misma ha sido practicada por varios autores^(1, 10, 11, 18, 27), así como la laparoscopia a la que hace referencia De Vega⁽¹³⁾, sin que se produzcan complicaciones debido al grosor de la pared quística y a las adherencias al peritoneo parietal anterior como se observa en esta presentación. Estas maniobras no deben utilizarse en el momento actual por los riesgos que implican^(13, 16). En nuestro caso la punción permitió acercarnos al diagnóstico al mostrar el líquido cristal de roca, acelular y con una concentración de proteínas de 8,4 g/l, cifra ésta inferior a las cifras citadas en la literatura en los casos de hidatoperitoneo que es de 25 a 50 g por litro^(10, 11, 15). Esta concentración proteica que a la luz de los hallazgos intraoperatorios seguramente debe ser lo habitual de la hidatidosis no complicada.

Confirmado el diagnóstico de hidatidosis por el acto quirúrgico debemos precisar el tipo anatómico de la misma. Pensamos que este caso corresponde a un quiste hidático hepático a gran crecimiento peritoneal o quiste pediculado⁽¹⁹⁾, o formas bilobadas^(21, 23, 26), aunque los casos descriptos por estos autores son multivesiculares.

Se trata de quistes periféricos topografiados en la cara inferior del hígado que crecen en forma más o menos voluminosa hacia la cavidad peritoneal, que pueden dar la misma forma de presentación ascítica^(15, 18) como en este caso. A favor de dicho diagnóstico están: i) la membrana madre del mismo tamaño que la cavidad adventicial y que contiene escasas vesículas hijas pequeñas^(2, 10, 11). ii) El hecho de que dicha membrana y el saco adventicial están teñidos en bilis en una pequeña zona, nos habla del origen hepático del quiste, pues implica el contacto directo con los canalículos biliares.

La Anatomía Patológica confirma este diagnóstico al mostrar la presencia de cápsula de Glisson y canalículos biliares en la adventicia del quiste⁽¹⁹⁾. El contenido del quiste a líquido cristal de roca con muy escasas vesículas hijas y su estudio biológico que mostró escólices vivos, confirman que se trata de un quiste fértil y con bajo

grado de sufrimiento, hechos éstos que aumentan el riesgo de contaminación peritoneal.

No creemos que este caso corresponda a una hidatidosis peritoneal heterotópica, ya que ésta se produce por efracción de la adventicia con el parto de la hidátide que queda libre en la cavidad peritoneal donde crecerá y podrá adherirse a las vísceras. El episodio de rotura adventicial aguda puede acompañarse o no, de bilirragia^(19, 26).

Descartamos que se trate de un hidatidoperitoneo. El mismo corresponde a la rotura de un quiste con pasaje de su contenido (líquido hidático) a la cavidad peritoneal, produce la siembra peritoneal localizada o generalizada^(10, 11, 19). Este episodio puede ser precedido de un traumatismo⁽⁴⁾, y acompañarse de síntomas locales como el dolor y/o generales como rash cutáneo y shock anafiláctico^(14, 17, 24). En esta entidad se distinguen formas evolutivas: agudos (hidato-peritoneo^(5, 12), subagudos y crónicos o peritonitis enquistadas (hidatido-peritoneo de Del Campo). El hidatido-peritoneo y el coleperitoneo (cuando hay bilirragia) presentan un crecimiento multivesicular^(12, 21, 26), cubiertos por una membrana adventicial que se forma por reacción peritoneal multivisceral por la irritación parasitaria (seudoperitonitis tuberculosa^(6, 7, 8, 9, 10, 11, 21)). En estos casos se puede encontrar a nivel hepático la cicatriz del quiste primitivo o encontrar a éste parcialmente evacuado⁽¹⁹⁾.

El tratamiento de esta forma clínica implica la evacuación del contenido multivesicular, estando contraindicado la extirpación de la adventicia, salvo en casos de tumor de pequeño tamaño^(3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 19).

En cuanto al tratamiento realizado consideramos que la quistectomía en estos casos es el tratamiento ideal ya que permite una rápida recuperación del enfermo, eliminando las eventuales complicaciones de la adventicia hidática.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CHIFFLET A. — Procesos peritoneales de origen hidático. Nomenclatura y definiciones. Congreso Uruguayo de Cirugía, 11º, 1960; 2: 200.
2. CHIFFLET A., ARDAO H. — Equinococosis peritoneal secundaria. An. Fac. Med. Montevideo, 1935; 20: 122.
3. CHIFFLET A., DELGADO B. — Tratamiento de la peritonitis enquistada hidatídica. Congreso Uruguayo de Cirugía, 11º, 1960; 2: 211.
4. CHIFFLET A., MAQUIEIRA G. — Tratamiento de la equinococosis peritoneal secundaria. Congreso Uruguayo de Cirugía, 11º, 1960; 2: 206.

5. DEL CAMPO J.C. — Hidoperitoneo. Seudotuberculosis peritoneal hidática. An. Fac. Med. Montevideo, 1927; 12: 701.
6. DEL CAMPO J.C. — Quistes hidáticos peritoneales. Congreso Uruguayo de Cirugía, 11°, 1960; 2: 187.
7. GARCIA CAPURRO F., PIAGGIO BLANCO R. — Semiología clínica y radiológica de las tumoraciones abdominales. Buenos Aires, Espasa, 1946.
8. LAMAS A., PRAT D. — Kystes hydatidiques de l'abdomen a type ascitique. J. Chir., 1922; 19: 15.
9. LARGHERO P., VENTURINO W., BROLI G. — Equinococosis hidática del abdomen. Montevideo, Delta, 1962.
10. PRADERI R. — Hidatidosis. Tratamiento Quirúrgico. En: Enfermedades del hígado y las vías biliares. Akadia, 1985.
11. VALLS A. — Complicaciones peritoneales crónicas de la hidatidosis peritoneal. Cir. Uruguay 1971; 4: 378.
12. ROUX M. — Tumeurs du mésentère. En: Chirurgie de l'intestin grêle et du mesentère. Paris, Masson, 1967.
13. DE VEGA D.S., DIAZ M.S., CIVANTOS G. et alii. — Hidato-peritoneo o quiste hepático bilobulado gigante? Rev. Esp. Enferm. Apar. Dig. 1987; 71: 161.
14. GONZALEZ MORAN J., JIMENEZ A., GARCIA GIL F. et alii. — Consideraciones en torno a un caso de coleperitoneo hidático. Rev. Esp. Enferm. Apar. Dig. 1983; 63: 468.
15. LITTLE J.M., DEANE S.A. — Hidatid disease. Liver Surgery. Philadelphia, Churchill Livingstone, 1986. Vol. 12.
16. AGUSTONI A., SOTO BLANCO J. — Quiste hidático del hígado abierto espontáneamente en el peritoneo. An. Fac. Med. Montevideo, 1927; 12: 720.
17. VARA LOPEZ R. — Hidatidosis peritoneal secundaria. Coloquios nacionales sobre Cirugía de la hidatidosis. Siade 1968 p. 167 (Citado por González Morán).
18. PEREZ FONTANA V. — Quistes hidáticos rotos en el peritoneo. An. Fac. Med. Montevideo, 1932; 17: 687.
19. ARMAND UGON V. — Hidato-peritoneo y coleperitoneo hidático. An. Fac. Med. Montevideo, 1928; 13: 656.
20. CASSIBBA G., ANDRAITTA O. et alii. — Rotura espontánea intraperitoneal de una cisti da echinococco epatica. Minerva Chir. 1982; 37 (28): 1391.
21. FERREIRA MONTERO V., FABIAN P. — Coleperitoneo hidático (a propósito de dos casos). Rev. Esp. Enferm. Apar. Dig. 1973; 39: 589.
22. GRANADOS A., GRANADOS J.M., LAVALLE J.A. et alii. — Peritonitis hidáticas post-traumáticas. Cir. Esp., 1971; 25: 285.
23. SANS SEGARRA M., FONT J., CURTO Y. — Coleperitoneo hidático. Cir. Esp., 1971; 25: 269.
24. CASULA G., UCCHEDDU A., SCATTONE S. — L'idato peritoneo spontaneo nell adulto. Minerva Chir. 1984; 39: 1615.
25. DEVE F. — Le cholepéritone hydatique et son membrane d'enkystement. Rev. Chir., 1918; 55: 125.
26. BARRENECHE O. — Táctica y técnica quirúrgica en la equinococosis peritoneal. Congreso Uruguayo de Cirugía, 11°, 1960; 2: 193.