

Hidatidosis hepática

Enfermedad por persistencia de la cámara parasitaria

Dres. Víctor Davezac¹, Bolívar Delgado², Siul Salisbury³, Enrique Folle⁴

Resumen

A propósito de un caso de enfermedad secular post drenaje de un quiste hidatídico de hígado, abierto en vías biliares, se hacen algunas consideraciones sobre la conveniencia de la quistectomía sobre otros procedimientos en el tratamiento de esta afección.

Palabras clave: Quiste hidático de hígado—complicaciones

Summary

The author presents a case of post-drainage sequelar disease of a hepatic hydatid cyst open into biliar viae and makes some considerations on the convenience of cystectomy as compared to other procedures in the treatment of this disease.

Introducción

El quiste hidático de la cara superior del hígado en su proceso expansivo e invasor puede incluir al diafragma en su adventicia, perforarlo luego y abrirse por último en la cavidad torácica, constituyendo un tránsito hepato-torácico. Esto es un hecho conocido aunque poco frecuente⁽¹⁾.

Pero lo mismo puede ocurrir con una cavidad adventicial deshabitada, por ejemplo luego de una quistostomía⁽²⁾, demostrando la capacidad evolutiva de la cámara parasitaria⁽³⁾, expresión de la llamada enfermedad adventicial del post-operatorio (Ardao)⁽⁴⁾. Esta situación es mucho menos frecuente.

La cámara parasitaria puede hacerse invasora en base a los mecanismos ya conocidos —mecánicos,

alérgicos, infecciosos y mixtos— comprimiendo, involucrando y ulcerando las estructuras vecinas donde se encuentran los elementos canaliculares del hígado (vasos y canales biliares) y también las formaciones viscerales vecinas, lo que explica la posibilidad de la apertura en la vía biliar y los tránsitos al tórax⁽³⁾. De hecho la comunicación biliar es casi obligatoria y la bilis aporta su efecto propio y el de la infección mixta, hecho agravado en las circunstancias de que exista hipertensión biliar y colangitis, provocadas por un obstáculo biliar. Es de señalar que un 30% de los quistes hidáticos que realizan un tránsito hepato-torácico se abren previamente en la vía biliar⁽¹⁾.

Todo ello le da firme fundamento a la extirpación total de la cámara parasitaria (quistectomía o adventicectomía total) como tratamiento de elección en la hidatidosis hepática, porque, a pesar de un mayor riesgo inicial, evitaría las consecuencias señaladas^(4,5,6).

El caso clínico que presentamos representa un notable ejemplo de lo dicho, a pesar de la rareza del tránsito hepato-torácico de una cavidad adventicial evacuada previamente mediante quistostomía, situación que no figura en extensas series nacionales sobre el tema⁽¹⁾.

La adventicectomía secundaria fue el procedimiento quirúrgico que condujo la curación. Es de señalar, como lo hace Cendán⁽²⁾, el altísimo riesgo de esta operación como otro argumento más en favor de la resección primaria.

Todo ello creemos que justifica el interés de esta presentación.

Historia clínica

Primer ingreso

3/3/83. Sexo fem. 22 años. Melo

Ingresó por dolor y pesadez de hipocondrio derecho y epigastrio. Fiebre de 39° desde un mes antes. Hepatomegalia y anemia.

Centellograma hepático: imagen de sustitución del

Clínica Quirúrgica «1» (Director Profesor Dr. B. Delgado). Hospital Pasteur. Facultad de Medicina. Montevideo
¹ Residente. ² Profesor Director. ³ Residente Profesor. ⁴ Jefe de Clínica.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 13 de abril de 1988.

Correspondencia: Dr. V. Davezac. Arrieta 2860. 11600 Montevideo, Uruguay.

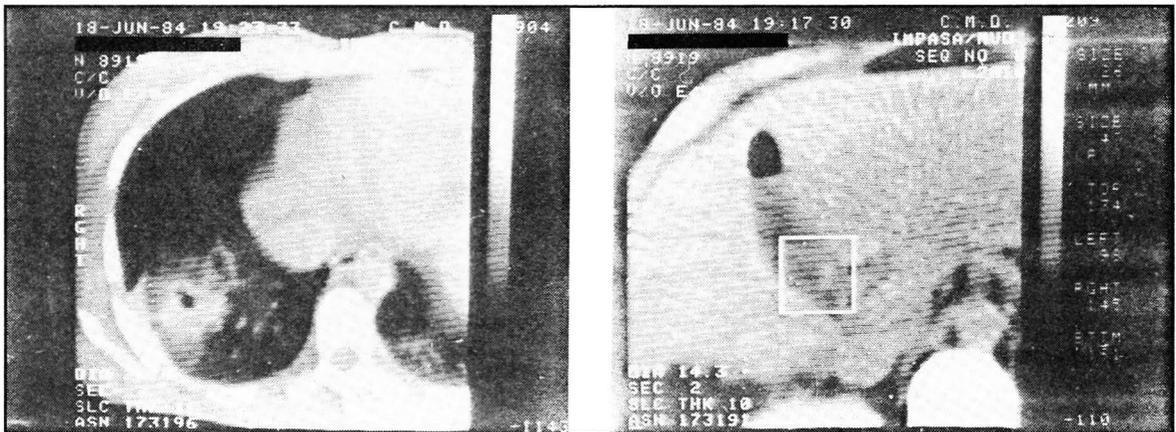


Figura 1. Tomografía Axial Computada de control al mes de la cuarta intervención. Sector posterior del lóbulo derecho modificado. Adherencia diafragmática. Aerobilia. Caverna residual de la base pulmonar derecha.

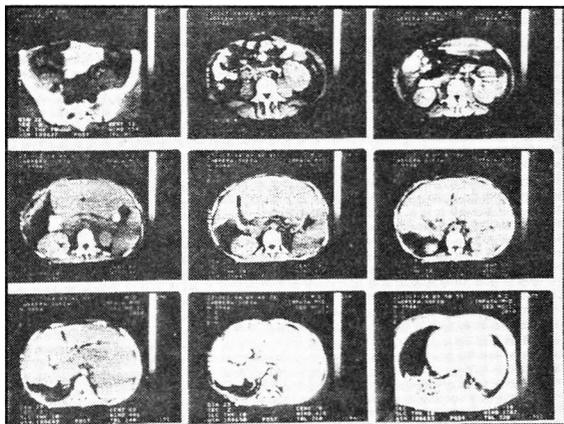


Figura 2. Tomografía axial computada. 23/X/84. Cuarto ingreso. Las secuencias 13 y 14 muestran la falta de parénquima hepático en el sector donde se topografió la lesión. Secuencia 17 permite ver secuela pulmonar sin cavidad.

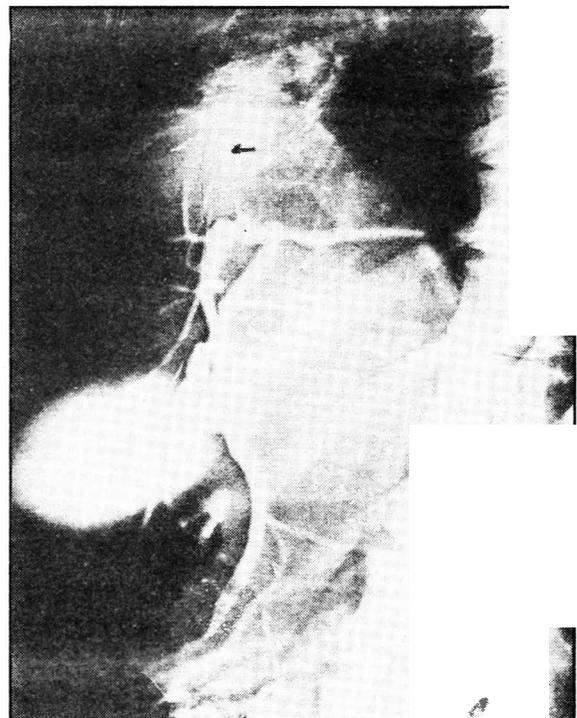


Figura 3. Colangiografía endoscópica retrógrada. 24/X/84. Dilatación de la vía biliar intrahepática. Colédoco no dilatado. No visualiza litiasis. Comunicación de la VBP con cavidad hepática. estenosis coledociana.

lóbulo derecho, sector anterior y superior. El «pool» sanguíneo: no capta la imagen.

Hemocultivo: Klebsiella. Radiografía de tórax normal.

Se realiza período de tratamiento médico con antibióticos y antitérmicos.

Diagnóstico de quiste hidático del lóbulo derecho del hígado.

Intervención (22/3/83): Q.H. de los segmentos VII y VIII. Vía biliar normal. Colangio intraoperatoria: Visualiza canal biliar en comunicación con el quiste. Contenido del quiste es biliopurulento con restos de membranas.

Se realiza quistostomía previa resección de adventicia emergente. Coledocotomía y coledocostomía sobre tubo de Kehr.

Postoperatorio: primeros días febril, luego cede. La quistografía de control antes del alta no muestra relle-

no de la cavidad ni de la vía biliar. El drenaje biliar da 400 cc/día; se retira al mes. Se otorga el alta en buenas condiciones al mes.

Segundo ingreso

21/XI/83 (7 meses después)

Consulta por cuadro de un mes de evolución con tos, fiebre y dolor de base de hemitórax derecho. La ecografía hepática muestra cavidad residual en la topografía del quiste primitivo. A las 48 horas del ingreso instala bilióptisis, acompañado de un síndrome en menos de base de hemitórax derecho. La Rx de tórax muestra un hemidiafragma derecho elevado con un nivel hidroaéreo subfrénico. Muestra el probable bronquio de drenaje.

Diagnóstico: Tránsito hepatotorácico (hepatobronquico) por enfermedad de la adventicia persistente.

Segunda intervención: 26/XI/83. Toracotomía mínima por la que se drena cavidad con pus fétido y restos de membranas hidáticas teñidas en bilis.

Se observa mejoría del estado general.

Frente a los hallazgos operatorios se replantea al paciente, proponiendo los siguientes diagnósticos:

- a) Drenaje incompleto de la cavidad hidática primitiva
- b) H secundario por siembra local intraoperatoria.
- c) H secundario a vesiculización exógena.
- d) H no tratado en intervención anterior.

Una vez mejorado el estado general y la supuración pulmonar se decide realizar nueva intervención (8/XII/83). Toracotomía posterolateral derecha en 8º espacio. Se aspiran restos hidáticos y pus; se comprueba una cavidad hidática de 6 cm que se drena por vía subfrénica. Resección del diafragma patológico y cierre del mismo.

Liberación y decorticación pulmonar. Drenaje pleural.

En el postoperatorio presenta supuración de la toracotomía. Por tubo de quistostomía drenan 50 cc/día de líquido biliopurulento.

Quistografía al 25º día muestra una cavidad residual de 5 cm que comunica con un canal biliar del segmento VIII y rellena toda la vía biliar. Se reitera el día 45º no existiendo diferencias con el estudio anterior.

Se otorga alta el día 28/1/84 a los 52 días del ingreso.

Tercer ingreso

12/II/84.

Consulta por tos, espectoración biliopurulenta y T de 39°C.

Se realiza tratamiento médico con drenaje postural.

El 14/3/84 se realiza T.A.C.: hepatomegalia moderada. Cavidad hepática postero-superior. Cavidad de base pulmonar derecha con neumonitis de vecindad.

El 26/4/84 se realiza C.E.R.: vía biliar fina; hepático derecho amputado. Canal biliar muy fino que llega a la cavidad hidática y alimenta fístula hepato bronquica. Se hace papilotomía endoscópica con la finalidad de disminuir la presión en la vía biliar.

No mejora, manteniendo bilióptisis.

Cuarta intervención: 17/5/84. Toracofrenolaparoto-

mía derecha. Se comprueba cavidad hidática del segmento VIII con pus. Se reseca en su totalidad la adventicia hidática de la cavidad; se ligan los canales biliares. Se reseca zona del tránsito diafragmático. Por la gravedad del procedimiento no se realiza tiempo torácico. Postoperatorio: al inicio febril, luego evoluciona bien.

T.A.C. al mes muestra modificación del sector posterior del lóbulo derecho del hígado con adherencia diafragmática. Aerobilia. Pequeña cavidad pulmonar derecha basal.

Alta el 25/6/84 al 38º día del ingreso.

Cuarto ingreso

7/X/84 (4 meses después)

Cuadro de 48 horas de evolución con dolor de epigastrio, 40°C de temperatura, chuchos solemnes, ictericia, anemia. Submatidez de base derecha del hemitórax. Hepatomegalia.

Se descarta hepatitis a virus B; planteo: obstrucción biliar con colangitis. Ecografía: 13/X/84. Hipertrofia del lóbulo izquierdo del hígado. Dilatación de la vía biliar intrahepática. Colédoco no dilatado.

Mejora con tratamiento médico.

T.A.C. el 23/X/84: Esplenomegalia. Neumobilia. Falta de parénquima hepático en el sector posterosuperior. Base pulmonar con elementos secuelares, sin cavidad.

C.E.R. el 24/X/84. Dilatación de la vía biliar intrahepática. No litiasis. Pequeña comunicación de la vía biliar principal con cavidad hepática. Estenosis coledociana.

Quinta intervención: 1/XI/84. Transversa de hipocondrio derecho. Vesícula alitiásica. Colédoco no dilatado. Coledocotomía: cálculo pigmentario y barro biliar por encima de estenosis. Se realiza colecistectomía y coledocostomía sobre tubo de Kehr. Hepático yeyunostomía látero-lateral en «Y» de Roux.

Evolución: Buena.

Alta a los 20 días.

Seis meses después asintomática, con Rx de tórax que muestra proceso en regresión casi total.

A los 3 años y 2 meses permanece asintomática.

Comentario

Creemos que el error inicial, causa de la secuencia patológica fue la realización de una quistostomía —y no una quistectomía— en un quiste hidático del segmento VIII, con adventicia fibrosada y supurada, en una paciente joven y de buen riesgo.

La cavidad persistente ubicada en una zona de presión negativa y alimentada por canales biliares segmentarios, a lo que seguramente se sumó la infección, explica la migración al tórax.

El tratamiento intentado por toracofrenotomía fue insuficiente al mantener la cámara parasitaria y la situación se reprodujo.

Solo fue solucionada en la cuarta operación cuando se realizó la adventicectomía secundaria y se extirpó la verdadera causa de la migración al tórax.

El drenaje biliar efectuado en la primer operación, por coledocostomía y ulteriormente por papiloesfinterotomía endoscópica, no logró disminuir la presión del árbol biliar intrahepático y así reducir la bilióptisis, hecho por otra parte ya conocido (7).

En cambio creemos que la coledocostomía primaria realizada en un colédoco fino originó la estenosis de la vía biliar principal, cuya consecuencia alejada fue la colangitis con litiasis pigmentaria supraestenótica, que obligó al final de este largo procedimiento a realizar una derivación bilio-digestiva; con buena evolución hasta el momento.

Bibliografía

1. **Armand Ugón V, Tomalino D.** Tránsitos hidáticos hepatotorácico. Consideraciones sobre 40 casos personales. *El Tórax* 1958; 7: 188.
2. **Cendan Alfonso JE.** Estado actual de la cirugía de la hidatidosis hepática. *Arch Intern Hidat* 1973; 25: 97.
3. **Chifflet A.** Equinocosis hidática del hígado. patología. En: Muñoz Monteavaro. C. *Hepatología*. Montevideo. Oficina del Libro. AEM 1977: 295.
4. **Ardao H.** Los procesos de la adventicia en la evolución de los quistes hidáticos del hígado tratados por el drenaje. Congreso Uruguayo de Cirugía, 4º. Montevideo 1973: 234.
5. **Larghero P, Venturino W, Broli G.** Equinocosis hidática del abdomen. Montevideo Delta 1962.
6. **Porras Y.** Complicaciones hepatobiliares de la hidatidosis. *Cir Uruguay* 1973; 43: 441
7. **Lucas C.** Prospective clinical evaluation of biliary drainage in hepatic trauma. *Ann Surg* 1971; 174: 830.