

Tratamiento de la hidatidosis hepática en Paysandú

Diagnóstico de situación

Dres. Miguel Coiro ¹, Gonzalo Deleón ²

Resumen

Se presenta un estudio retrospectivo de 53 pacientes sometidos a cirugía por hidatidosis hepática con procedimientos radicales y conservadores; analizando sumariamente los datos patronímicos, características de los quistes, tipo de técnica empleada y curso posoperatorio.

En los 53 pacientes se encontraron 70 quistes hidáticos hepáticos, en los que se realizó técnica de Posadas a 4,3%, procedimientos conservadores en 71,3% (quistostomía en 57,1% y quistectomía parcial en 14,2%) y quistectomía total en 12,8%. No se realizaron procedimientos en 10% de los casos y no se encontró en 1,4%.

La estadía fue de 15 días para la quistectomía parcial, de 10,8 días para las quistostomías, de seis días para la quistectomía y de cinco días para los procedimientos de Posadas. No existieron complicaciones mayores, reinternaciones ni reintervenciones en los pacientes sometidos a técnica de Posadas o a quistectomía, sin embargo los pacientes sometidos a procedimientos conservadores tuvieron 10 complicaciones, cinco reinternaciones y dos reintervenciones.

Se destaca el alto porcentaje de las técnicas conservadoras en la serie y su mayor morbilidad, además que en 35% de los pacientes sometidos a quistostomía se podrían haber realizado procedimientos radicales.

Palabras clave: Quiste hidático hepático-tratamiento
Quiste hidático hepático-procedimientos radicales y conservadores

Summary

A retrospective study of 53 patients submitted to surgery due to hepatic hidatidosis with radical and conservative procedures is presented. The patronimic data is briefly analyzed as well as characteristic of the cysts, kind of technique employed and posoperative course.

In the 53 patients, 70 hepatic hidatic cysts were found all of which received the Posadas technique at 4,3% conservative procedures in the 71,3% (cystostomy in the 57,1% and partial cystectomy in the 14,2%) and total cystectomy in the 12,8%. No procedures were held in the 10% of the cases and nothing was found in the 1,4%.

The stay (internation) was 15 days for the partial cystectomy, 10,8 days for the cystostomies, 6 days for the cystectomy and 5 dyas for Posadas's procedures. There were no major complications, re-internations or

1. Médico Cirujano del Hospital de Paysandú, ex Residente de Cirugía.

2. Médico Cirujano del Hospital de Paysandú, ex Residente de Cirugía, Médico Intensivista.

Trabajo presentado en la Sesión de la Sociedad de Cirugía del Uruguay en Paso Severino, Florida, el 5 y 6 de junio de 1998 en ocasión de las Jornadas sobre Hidatidosis Hepática.

Correspondencia: Dr. Miguel Coiro. Artigas 859. Paysandú, Uruguay. E-mail: acoiro@adinet.com.uy

re-operations in the patients submitted to the Posadas's technique or to cystectomy.

However, the patients who recieved conservative procedures had 10 complications, 5 re-internations and 2 re-operations.

We highlight the high percentage of conservative technique in the series and their greater morbidity. Besides, the 30% of patients submitted to cystostomy could have recieved radical procedures.

Introducción

El tratamiento de la hidatidosis hepática (HH) consta de varias alternativas según el estado evolutivo del quiste hidático y su adventicia. Así, como no se discute que en los quistes hidáticos hialinos se deben realizar procedimientos conservadores ya que el objetivo del tratamiento esta centrado en el parásito, en los quistes evolucionados donde la adventicia se engrosa y calcifica, su eliminación debe ser considerada tan importante como el tratamiento del parásito y debe ser el tratamiento de elección ⁽¹⁻³⁾.

Es en este punto donde se genera la gran controversia del tratamiento de la hidatidosis hepática, ya que si bien esta demostrado que el tratamiento radical (quistectomía abierta o cerrada, resecciones hepáticas atípicas o la hepatectomía segmentaria) es el único curativo, con corta estadía, baja morbimortalidad y sin recidiva ^(1,2), se prodigan las técnicas conservadoras por ser más seguras, con menor riesgo de hemorragia y sin mortalidad pero con alta morbilidad posoperatoria hasta 40% ^(2,4,5).

En razón de la complejidad de algunas formas de hidatidosis hepática, a la hora de encarar su tratamiento quirúrgico, resulta dogmático estandarizar a priori una técnica quirúrgica tipo.

Sin embargo el aplicar tratamientos conservadores en el caso de adventicias engrosadas y calcificadas conlleva alto riesgo recidivas hidatídicas (por vesiculización exógena), y enfermedad de la adventicia (fístulas, supuración, bilirragias, fibrosis extensiva perihidática) ^(3,6).

Material y método

Se realizó una revisión de historias clínicas de todos los pacientes operados por hidatidosis hepática en la ciudad de Paysandú, tanto en el ámbito mutual (26 pacientes-49,1%) como público (27 pacientes-50,9%), durante el período de enero de 1993 a diciembre de 1997.

Se incluyeron todos aquellos que tuvieran: historia clínica completa, imagenología, descripción operatoria y evolución.

Se registraron datos patronímicos, antecedentes de intervenciones por hidatidosis, número, tamaño, topografía, estado del quiste y de la adventicia, así como las relaciones con el árbol biliar y vascular. Se recabaron datos del procedimiento sobre el quiste y la vía biliar, complicaciones intraoperatorias, posoperatorias, días de estadía, reingresos, reintervenciones y evolución.

Dado el carácter retrospectivo del trabajo no se pudo consignar la morbilidad posoperatoria total, entendida por esta al control alejado de la evolución en policlínica.

Realizamos la presente revisión a efectos de:

1. Determinar la frecuencia de intervenciones por hidatidosis hepática en los últimos 5 años, así como las características de los pacientes y de los quistes, el tratamiento al que fueron sometidos, los días de estadía y las complicaciones mayores.
2. Determinar el porcentaje de la cirugía radical y conservadora, en el tratamiento de ésta afección.
3. Determinar la posibilidad de avanzar en el tratamiento radical en nuestros servicios.

Resultados

Se estudiaron un total de 53 pacientes operados en cinco años, con un promedio anual de 10,6 pacientes intervenidos por HH. De los mismos 54,7% (29) fueron hombres y 45,3% (24) mujeres. La edad varió de 7 a 89 años con una media de 42,6 años. La procedencia fue rural en 50,7% (27) y urbana en 49,1% (26).

77,4% (41) correspondió a enfermedad primaria y 22,6% (12) fue intervenido anteriormente de hidatidosis, de los cuales 10 fueron

Tabla 1. Número de quistes hidáticos según localización

	<i>Único</i>	<i>Múltiple</i>	
Lóbulo derecho	25	23	48
Lóbulo izquierdo	12	9	21
No se encuentra	1	-	1
	38	32	70

operados por HH (18,8%), uno de hidatidosis esplénica (1,9%) y uno de hidatidosis pulmonar (1,9%).

En los 53 pacientes de la serie encontramos 70 quistes hidáticos hepáticos, lo que hace 1,32 quistes por paciente, de los cuales en 37 pacientes (69,8%) fueron únicos, 15 de ellos (28,3%) tenían dos quistes y un paciente (1,9%) presentó tres.

70% (49) de los quistes se localizó en el lóbulo derecho, y 30% (21) en el lóbulo izquierdo; coincidente con la localización lobar que señala la literatura (tabla 1).

El asiento más frecuente de los quistes fue en los segmentos II y VIII, con 13 quistes cada uno (18,6%), seguidos por el V con 11 quistes (15,7%), el IV y el VII con nueve quistes cada uno (12,8%), siendo los menos frecuentes en el III con siete (10%) y el VI con seis (8,6%). En un caso, el quiste asentó en el segmento I (1,4%) y uno fue centrohepático (1,4%) (tabla 2).

El estado del quiste fue hialino en cinco casos, multivesicular en 39, mastic en siete y calcificado en 18 de ellos (uno centrohepático).

El tamaño promedio de los quistes fue de 6,9 cm, con un mínimo de 2 cm y un máximo de 20 cm.

Presentaron relaciones biliares en cinco casos (7,1%), y vasculares en 26 (37,1%).

Tratamiento quirúrgico

Se realizó técnica de Posadas en tres casos (4,3%), quistostomía en 40 (57,1%), quistectomía parcial con epiploplastia en 10 (14,2%), y quistectomía total en nueve de ellos (12,8%). No se encontró el quiste en un paciente (1,4%), y no se realizó ningún procedimiento en siete casos (10%).

Los quistes sometidos a quistectomía total

eran de 3,5 cm promedio (2 a 4 cm), ubicados en segmento II (3), III (2), IV (2) y V (2). Estos quistes tuvieron relaciones vasculares en dos casos (cava, suprahepática) y no biliares.

Los quistes sometidos a quistectomía parcial eran de 6 cm promedio, ubicados en los segmentos II (4), III (1), IV (1), V (1), VI (1), VIII (2). Tuvieron relaciones vasculares en cinco casos y en un caso el quiste estaba abierto en vía biliar.

Los quistes sometidos a quistostomía eran de 8,3 cm (2 a 20 cm), ubicados en los segmentos I (1), II (6), III (4), IV (4), V (6), VI (3), VII (7), VIII (9). Estos quistes tuvieron relaciones vasculares en 16 casos (cava 12, suprahepática tres y porta en un caso) y biliares en tres casos.

De los 40 quistes sometidos a quistostomía 40% (16 quistes) tuvieron relaciones vasculares, biliares o ambas, por lo cual se podría justificar el procedimiento realizado.

60% restante (24 quistes), los podemos clasificar por sus características de topografía y tamaño para analizar el tratamiento recibido, encontrando que (tabla 3):

1. Hay un grupo de 10 quistes en el que pudo haber estado justificada la quistostomía, con un tamaño medio de 11 cm (5 a 20 cm) y con una ubicación en los segmentos VIII, VII y V por frecuencia.
2. Un grupo de 14 quistes que podrían haber sido intervenidos por quistectomía, con un tamaño medio de 8 cm (4 a 12 cm) ubicados en los segmentos II, III y IV sin relaciones vasculares. Este último grupo representó 35% de las quistostomías.

Este paréntesis en el análisis de los quistostomizados lo hacemos para demostrar que el tratamiento radical de la hidatidosis hepática no está completamente explotado en gran parte de nuestro país por razones de falta de aprendizaje y entrenamiento en dichos procedimientos.

El resto fueron procedimientos de Posadas en tres casos, ninguno en siete y no se encontró en uno.

Procedimientos asociados

Se practicó quistectomía total en nueve pacientes, de los cuales en cuatro se realizó colecis-

Tabla 2. Características de los quistes según su topografía

	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	<i>V</i>	<i>VI</i>	<i>VII</i>	<i>VIII</i>
Número	1	13	7	9	11	6	9	13
Tamaño	6	6,62	6,57	4,56	10,36	6,33	8,25	5,85
Relación biliar	0/1	3/13	0/7	0/9	1/11	0/9	0/9	1/13
Relación vascular	1/1	7/13	0/7	3/9	2/11	3/9	3/9	7/13

Tabla 3. Procedimientos en relación con el segmento hepático y sus relaciones

	<i>Posadas</i>	<i>Quistostomía</i>	<i>Quistectomía parcial</i>	<i>Quistectomía</i>	<i>Ninguno</i>	<i>No se encuentra</i>
Segmento hepático	IV-V-VII	II-III-IV-V-VI-VII-VIII	II-III-IV-V-VI-VIII	II-III-IV-V	VII	IV-V-VI-VIII
Relación biliar	0/3	3/40	1/10	0/9	0/1	0/7
Relación vascular	1/3	16/40	5/10	2/9	0/1	2/7

Tabla 4. Procedimientos asociados según la técnica sobre el quiste

	<i>Posadas</i>	<i>Quistostomía</i>	<i>Quistectomía parcial</i>	<i>Quistectomía</i>	<i>Ninguno</i>	<i>No se encuentra</i>
Colecistectomía	0	12	1	3	2	1
Colecistostomía	0	1	0	0	0	0
Coledocotomía	0	4	0	0	1	0
Derivación bilio-digestiva	0	0	0	1	0	0

tectomía y en uno derivación biliodigestiva por litiasis. De 10 pacientes con quistectomía parcial, a uno se le realizó colecistectomía. De 37 pacientes en los que el procedimiento fue quistostomía, se asoció en 15 de ellos colecistectomía y en cuatro procedimientos sobre vía biliar principal (tabla 4).

Evolución

No hubo complicaciones intraoperatorias. En el posoperatorio 12 pacientes presentaron complicaciones que fueron: en seis casos (11,4%) supuración de la cavidad residual, en cuatro (7,5%) bilirragia, en uno (1,9%) ictericia y en otro oclusión de delgado (1,9%).

La estadía fue de 11,2 días (de=11 días) con un rango entre 4 y 45 días.

Encontramos que cuatro pacientes reingresaron una vez, dos pacientes lo hicieron dos y tres veces respectivamente. En dichos reingresos la estadía fue de 5, 7, 8, 19 y 34 días respectivamente, debiendo ser reintervenidos cuatro de ellos.

Evolución según la técnica empleada

Los pacientes sometidos a quistectomía total (9) tuvieron una estadía de 9,6 días, la mortalidad fue nula, uno se complicó reingresando con una estadía de 8 días. Sin embargo, a cinco de estos pacientes se les hizo quistostomía por otro quiste en el mismo acto operatorio. De los

Tabla 5. Evolución de los pacientes según el procedimiento

	<i>Posadas</i>	<i>Quistostomía</i>	<i>Quistectomía parcial</i>	<i>Quistectomía</i>
Mortalidad	0	0	0	0
Complicaciones	0	8	2	0
Estadía	5	10,8	15	6
Reingresos	0	4 (17 días)	1 (7 días)	0
Reintervenciones	0	1	1	0

cuatro pacientes a los que solo se le hizo quistectomía radical la estadía fue de seis días en promedio (4 a 10 días) y sin complicaciones.

En el grupo al que se realizó quistectomía parcial, la estadía promedio fue de 15 días (4 a 45 días) con dos complicaciones por bilirragia y un reingreso por siete días que se reoperó.

En los 31 pacientes que fueron sometidos a quistostomía, la estadía fue de 10,8 días (4 a 42 días), 8 pacientes se complicaron con bilirragia, supuración o ambas, y hubo cuatro reingresos de 17 días promedio con un paciente reintervenido (tabla 5).

Discusión

Los quistes sometidos a quistectomía radical fueron pequeños y asentaron en segmentos anteriores, tuvieron una mejor evolución, que los quistes a los que se les realizó quistostomía. Este último grupo se caracterizó por ser quistes de segmentos posteriores o centrales o ambos; con mayor tamaño, y con más contacto vascular, en los cuales la morbilidad fue mayor.

Si bien se trata de un estudio retrospectivo, nos permite situarnos en nuestra realidad asistencial para proyectarnos de ahí en más en un más ajustado tratamiento contemplando mejores resultados en cuanto a recidiva y morbilidad.

Aunque los procedimientos conservadores seguirán teniendo su lugar ante quistes hialinos con adventicia joven, fina y sin patología ⁽²⁾. Cuando la adventicia está engrosada y calcificada, sólo deberá realizarse adventicectomía total o resección hepática cuando el quiste sustituya un segmento o un lóbulo ⁽¹⁾.

En cuanto a los resultados, la mortalidad en

estadísticas nacionales para procedimientos radicales varió entre 0 y 5,1% ⁽¹⁾, siendo similar a la de autores extranjeros como Hidalgo con 2,26% ⁽⁷⁾. En dichos procedimientos, la morbilidad y estadía posoperatoria hospitalaria fue significativamente menor a los observados con técnicas conservadoras ^(1,8).

Si bien es cierto que en nuestra serie la mortalidad fue nula, la morbilidad global de 20% nos impone la necesidad de progresar en la calidad del tratamiento apuntando a realizar más tratamientos radicales en aquellos quistes evolucionados. Al menos 35% de los quistostomías de nuestra serie podrían haber sido sometidas a tratamiento radical a juzgar por la falta de relaciones vasculares, el tamaño y la topografía de dichos quistes.

En este sentido, Delgado afirma que la cirugía radical es la de elección, exigiéndose para ello un terreno aceptable del paciente y sobre todo un entrenamiento del equipo quirúrgico en la cirugía hepática ⁽¹⁾.

Por todo esto consideramos una estrategia de acción apoyada en cuatro puntos básicos:

1. Programas de aprendizaje de cirugía hepática básica para cirujanos generales concentrada en algunos centros del interior del país.
2. Formación y capacitación de un equipo multidisciplinario compuesto por: anestesiólogo, hemoterapeuta, instrumentadores, laboratoristas, intensivistas, imagenólogos, etcétera.
3. Protocolo de selección de los pacientes, y de los quistes según su topografía y relaciones, imprescindibles en las primeras etapas del aprendizaje y que se ajustaran con el desarrollo del entrenamiento.
4. Estudios prospectivos y randomizados de

inicio que permitan evaluar resultados en un mediano plazo.

Bibliografía

1. **Delgado B.** Tratamiento de la hidatidosis hepática por cirugía radical. *Cir Uruguay* 1991; 61: 25-8.
2. **Torterolo E, Perrier JP, Aizen B, Piacenza G, Castiglioni JC, Piñeyro A et al.** Estudio comparativo del tratamiento de la hidatidosis hepática por quistectomía. *Cir Uruguay* 1990; 60: 51-6.
3. **Davezac V, Delgado B, Salisbury S, Folle E.** Hidatidosis hepática. Enfermedad por persistencia de la cámara parasitaria. *Cir Uruguay* 1991; 61: 44-7.
4. **Perdomo R, Morelli R, Carriquiry L, Chifflet J, Bergalli L.** Cholédocostomie trans-hépatique kystique en cas de kyste hydatique ouvert dans les voies biliaires. *Nouvelle Presse Méd* 1977; 6(9): 747-9.
5. **Pitt HA, Korzellius J, Tompkins RK.** Management of hepatic echinococcosis in Southern California. *Am J Surg* 1986; 152: 110-5.
6. **Delgado B, Perrier JP, Rissi L.** Síndrome de Budd Chiari por hidatidosis hepática del segmento VIII tratado por quistectomía con buena evolución. *Cir Uruguay* 1991; 61: 48-50.
7. **Hidalgo PM, Bouquet EN.** Hidatidosis hepática. Estudio de una serie de 7435 casos. *Rev Esp Enferm Apar Dig* 1987; 71: 103.
8. **Torterolo E, Czarnevicz D, Ferreira C, Cidade L.** Aspectos poco evaluados en el tratamiento de enfermedad hidatídica y sus complicaciones. Papel profiláctico de los tratamientos radicales. *Prensa Méd* 1994; 17(2): 11-41.