

Enfermedad hidatídica hepática. Experiencia de los últimos 13 años en Florida

Dres. Daniel González¹, Álvaro Vega², José Monti³, Marcos Torres⁴

Resumen

Se realiza el análisis de la experiencia de 13 años (1985-1998) en el tratamiento de la equinococosis hidatídica hepática en la ciudad de Florida.

En dicho período se operaron 131 pacientes, con un total de 151 quistes hidáticos hepáticos. Se realizaron 143 procedimientos quirúrgicos conservadores (quistostomías, Posadas, Mabit), ocho radicales (hepatectomías, quistectomías totales) y en un caso no se realizó procedimiento quirúrgico por tratarse de un pequeño quiste calcificado.

Se observa el alto número de complicaciones, 34,7% para los procedimientos conservadores y 62,5% para los radicales.

El promedio de la estadía hospitalaria fue de 7,9 días y 13,25 días para el primer y segundo grupo respectivamente. En cuanto al alta definitiva, fue de 67,2 días y 57,2 días.

Se desprende de este estudio el bajo número de procedimientos radicales y el alto porcentaje de complicaciones en los mismos.

Palabras clave: Equinococosis hepática

Summary

An analysis is made of the 13 year experience

(1985-1998) in the treatment of hepatic hydatidic echinococcosis in the city of Florida. 131 patients were operated during that period, with a total of 151 hepatic hydatidic cysts. There were 143 conservative surgical procedures (cystostomies, Posadas, Mabit), 8 radical ones (hepatectomies, total cystectomies) and in one case there were no surgical procedures as it was a small calcified cyst. The great number of complications is pointed out: 34,7% for conservative procedures and 62,5% for radical ones. Hospital stay was an average of 7,9 days and 13,25 days for the first and second group respectively. Definitive discharge was 67,2 days and 57,2 days. Based on this study a small number of radical procedures with a high percentage of complications can be observed.

Introducción

Uruguay encabeza las estadísticas mundiales sobre infección hidatídica, con un índice de 20 por 100.000 habitantes, valor que se eleva a 78 por 100.000 considerando únicamente el medio rural⁽¹⁾.

Perdomo⁽²⁾ destaca que de un total de 371 pacientes operados de quiste hidático en el período 1987-1991, 208 correspondían al interior del país.

Múltiples son los procedimientos quirúrgicos descriptos para el tratamiento de esta enfermedad.

Los mismos pueden agruparse en dos grandes grupos: 1) los conservadores y 2) los radicales. Hidalgo⁽³⁾ considera como radical a la quistectomía total, cerrada o abierta. Incluye dentro de los conservadores a las quistectomías casi totales, criterio no compartido por Davezac⁽⁴⁾.

1. Asistente de Clínica Quirúrgica "3". Médico cirujano del Hospital de Florida.

2. Ex Residente de Clínica Quirúrgica "1". Médico cirujano del Hospital de Florida.

3. Ex asistente de Clínica Quirúrgica "F". Médico cirujano del Hospital de Florida.

4. Ex Asistente de Clínica Quirúrgica "B". Médico cirujano del Hospital de Florida.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay 5 de junio de 1998.

Correspondencia: Dr. Daniel González. Atanasio Sierra 3653. Florida. Uruguay.

Quienes proponen el primer grupo de procedimientos destacan del mismo su menor tiempo operatorio, menor riesgo intraoperatorio y baja mortalidad; sin embargo su morbilidad es muy elevada. Porras ⁽⁵⁾ expresa que se trata de un procedimiento rápido, poco agresivo, pero no menos difícil de indicar y manejar.

Tortero ⁽⁶⁾ en una serie de 71 pacientes, comparó ambos procedimientos y concluyó que la quistectomía total: 1) agrega tiempo operatorio (promedio 33 minutos); 2) necesita mayor reposición volémica total; 3) no presenta fístulas biliares; 4) no hubo mortalidad intra ni postoperatoria hasta 30 días de la cirugía; 5) el tiempo de estancia hospitalaria y curación son menores; 6) el sangrado local y las colecciones hemáticas son más frecuentes.

Material y método

Durante el período comprendido entre enero de 1985 y enero de 1998 fueron operados 206 pacientes portadores de quiste hidático en la ciudad de Florida.

De éstos, 131 correspondieron a la topografía hepática y 37 extrahepática (22 pulmonares, cinco peritoneales, cinco de partes blandas, tres renales y dos esplénicos), lo que suma 168.

En 38 casos no pudimos acceder a la historia clínica.

Se incluyeron en la revisión los 131 casos de quiste hidático hepático que contaban con historia clínica completa, imagenología, descripción operatoria y evolución.

Se confeccionó una base de datos en la que se incluyó: sexo, edad, procedencia, motivo de consulta, método diagnóstico, topografía y número de los quistes, procedimiento quirúrgico, complicaciones intra y posoperatorias, mortalidad, días de internación, evolución y alta definitiva. El alta definitiva fue considerada cuando se produjo el reintegro pleno del paciente a sus actividades habituales.

Resultados

La muestra estuvo dividida en partes prácticamente iguales en cuanto a la institución de asistencia: 66 casos correspondieron al Hospital de Florida y 65 a la Cooperativa Médica de Florida.

En lo referente a la distribución por sexo, 55%

(72) fueron mujeres y 45% (59) hombres y en cuanto a la edad el promedio fue de 40,8 años con un mínimo de 6 años y un máximo de 85 años.

91% de los casos procedieron del departamento de Florida, destacándose el Este del mismo con el mayor porcentaje (32%), hecho que se vincula con el estudio de detección precoz de hidatidosis abdominal por ultrasonido en zonas de alto riesgo realizado por Perdomo. 9% restante provino de áreas rurales de departamentos vecinos (Durazno, San José, Lavalleja, Canelones, Tacuarembó).

En 60,4% el motivo de consulta fue por sintomatología inespecífica de hipocondrio derecho y epigastrio; mientras que 22% correspondió a un hallazgo ecográfico en el estudio de masas citado, al igual que 6,8% que se realizó una ecografía abdominal, de aparato urinario o ginecológica por una enfermedad sin vinculación con la hidatidosis. El restante 9,9% se presentó con una complicación.

Desde el punto de vista imagenológico, 95,4% presentaba una ecografía abdominal; 2,3% tomografía axial computarizada (TAC); un caso (0,76%) centellograma hepático en un paciente al que previamente se le había solicitado una ecografía abdominal que informó un tumor hepático.

Todos los casos tenían radiografía de tórax.

19% contaba con serología (arco 5); de estos 52% fue negativa y 48% positiva.

En los 131 pacientes se constataron 151 quistes: 114 únicos, 15 casos con dos, en uno tres y en otro cuatro quistes.

La distribución topográfica de los mismos fue: en la cara anterosuperior hepática 55,6%, en la inferior 13,9%, en la posterior 3,3%. Ocupando la totalidad del lóbulo izquierdo 3,9%, todo el lóbulo derecho 1,3% y en 21,8% de los casos no consta la misma.

En lo referente al estado del parásito, hubo 74 mastic, 48 hialinos, 24 multivesiculares y cinco calcificados.

Dentro de los procedimientos quirúrgicos realizados se destacan: quistostomías en 76,1% (115 casos), procedimiento de Mabit en 11,9%, Posañas en 5,9%, hepatectomía izquierda reglada 2,6%, quistectomía total 1,9%, hepatectomía atípica 0,76% y en un caso (0,76%) se abstuvo de

Tabla 1. Número de procedimientos con las diferentes técnicas.

	Quistos- tomía	Mabit	Posadas	Hepatecto- mía típica	Quistecto- mía total	Hepatecto- mía atípica	Abstención	Total
Número de procedimientos	115	18	9	4	3	3	1	151

Tabla 2. Evolución con los diferentes procedimientos quirúrgicos

	Conservadores	Radicales
Complicaciones	34,7%	62,5%
Días de internación	7,9%	13,25%
Alta definitiva	67,2%	57,2%
Mortalidad	1%	0%

tratamiento quirúrgico por tratarse de un quiste pequeño totalmente calcificado (tabla 1).

Tomando en cuenta el procedimiento en vinculación con el estado del parásito encontramos: en las hepatectomías izquierdas regladas todas fueron mastic; en las quistectomías totales hubo dos mastic y un multivesicular; en la hepatectomía atípica fue calcificado. En los procedimientos de Posadas y Mabit que suman 27 casos, en todos se trató de quistes hialinos. Por lo tanto en lo referente a las quistostomías hubo 69 mastic, 23 multivesiculares, 21 hialinos y dos calcificados.

Como complicaciones intraoperatorias se destacan cuatro roturas de quiste y cinco roturas de diafragma (todas ocurrieron en procedimientos conservadores), lo que determina un total de 6,8%. Mientras que como complicaciones posoperatorias vinculadas a la cirugía de la hidatidosis hepática se encuentran en 34,7% en los procedimientos conservadores y 62,5% en los radicales, siendo la más frecuente la bilirragia (en los procedimientos radicales correspondió a 42,8%), Seguida de la supuración de la cavidad en la cirugía conservadora. Hay 6,8% de complicaciones propias de todo acto quirúrgico, dentro de las cuales mencionamos infección y hematoma de la herida, evisceración y eventración (tabla 2).

El promedio de la estadía hospitalaria fue de 7,9 días para los pacientes a los cuales se les realizó procedimientos conservadores y a los radicales de 13,25 días; el alta definitiva para el primer grupo fue de 67,2 días como promedio y

para el segundo de 57,2 días (tabla 2). El drenaje en el primer grupo se retiró a los 19,8 días como promedio.

No hubo reoperaciones y la mortalidad fue de 0,76% (un caso), que se trató de un paciente con insuficiencia renal, al cual se le realizó una quistostomía y falleció a los 24 días del posoperatorio por una sepsis a punto de partida de la infección de la fístula arteriovenosa (tabla 2).

Discusión

La cirugía hepática ha basado su desarrollo en varios pilares: la formación de equipos quirúrgicos entrenados en este tipo de cirugía; infraestructura adecuada y en los avances tecnológicos.

En la casuística presentada, dos hechos se destacan:

- El bajo porcentaje de procedimientos radicales (5,26%) y,
- El alto número de complicaciones (62,5%), con el consecuente aumento de los días de hospitalización con este tipo de procedimiento.

Seguramente, la falta de experiencia en cirugía hepática, así como la complejidad de alguno de los casos (fistulización de un quiste hidático hepático en colon transversal, al cual se le realizó una hepatectomía izquierda más resección y anastomosis de colon, que posteriormente presentó una falla de sutura), sean la explicación de estos resultados.

Por lo tanto la quistostomía no deja de ser una opción válida para el cirujano del interior que se ve enfrentado a resolver estas situaciones, hasta tanto no se creen centros regionales especializados en el interior del país o se realicen pasantías de los mismos por centros de referencia.

Bibliografía

1. Lloyd S, Schantz P, Coltori E, Muzio F, Larriou E. Grupo consultor. Cooperación Técnica de la OPS con la Comisión Nacional Honoraria de Lucha contra la

- Hidatidosis a través del MSP. Informe Preliminar. Evaluación del Programa Nacional de Control de Hidatidosis de la República Oriental del Uruguay. Montevideo, Uruguay. 28 al 31 de enero de 1998.
2. **Perdomo R, Alvarez C, Agulla J, Sambrán Y, Comas G, Quiró F.** Hidatidosis humana en Montevideo. Encuesta de operados período 1987-1991. Comisión Nacional Honoraria de la Lucha Contra la Hidatidosis.
 3. **Hidalgo M, Barquet N.** Hidatidosis hepática. Estudio de una serie de 7435 casos. Parte II: Tratamiento quirúrgico, morbimortalidad, tratamiento médico, hospitalización e implicaciones socioeconómicas. *Rev Esp Enferm Apar Dig* 1987; 71(2): 103-9.
 4. **Davezac V, Delgado B, Salisbury S, Folle E.** Hidatidosis hepática. Enfermedad por persistencia de la cámara parasitaria. *Cir Uruguay* 1991; 61: 44-7.
 5. **Porras Y.** Complicaciones hepatobiliares de la hidatidosis. Relato Congreso Uruguayo de Cirugía, 24^º. *Cir Uruguay* 1973; 43 (6): 441-89.
 6. **Torterolo E, Perrier J, Aizen B, Piacenza G, Castiglioni J, Piñeyro A et al.** Estudio comparativo del tratamiento de la hidatidosis hepática por quistectomía. *Cir Uruguay* 1990; 60: 51-6.