

# *Destrucción del confluente biliar superior de causa hidática.*

## *Manejo quirúrgico*

Dres. Luis Ruso<sup>1</sup>, Oscar Balboa<sup>2</sup>, Ricardo Fernández<sup>3</sup>, Oscar Alvarez<sup>4</sup>,  
Francisco Díaz<sup>5</sup>, Gustavo de Simone<sup>6</sup>

### Resumen

Los quistes hidáticos (QH) del hilio hepático, son de incidencia baja y variable (0.4% - 9%). La cirrosis biliar secundaria, estenosis biliares y colangitis esclerosante son las complicaciones evolutivas, que le confieren particular importancia a la hidatidosis centrohepática.

Se presenta una breve serie de tres casos de quiste hidático (QH) de los segmentos centrales, cuya evolución destruyó el confluente biliar superior y provocó profundas alteraciones morfológicas que determinaron la atrofia del lóbulo derecho, rotación del hígado y llevaron el hilio hepático y la vesícula a la profundidad del hipocondrio derecho. La tomografía axial computarizada y la colangiografía endoscópica retrógrada, permitieron evaluar

*Clínica Quirúrgica "3" Facultad de Medicina. Hospital Maciel.*

---

las dificultades para establecer una solución quirúrgica definitiva. Se estableció el tratamiento en base a tres principios técnico / tácticos: la eliminación de la hidátide con la conservación de la mayor cantidad de masa hepática normal posible y la restitución de la estructura canalicular biliar fisiológica; mediante una plastia calibrada de tejido periadventicial, cuando es técnicamente factible.

### Palabras Claves:

*Equinococosis hepática  
Parasitosis hepática*

### Abstract

*Hydatid cysts (HCs) of hepatic hilum have low and variable incidence (0.4%-9%). Evolutive complications proved to be secondary biliary cirrhosis, biliary stricture and sclerosing cholangitis, wherefore centrohepatic hydatidosis should be considered as being particularly important.*

*Here we have a brief series consisting of three cases of HCs of central segments which destroyed, during their evolutive process, the upper biliary confluente causing vast morphologic alterations*

<sup>(1)</sup> Prof. Agdo. Clín. Quirúrgica

<sup>(2)</sup> Prof. Director de Clín. Quirúrgica

<sup>(3)</sup> Ex Prof. Adjunto Clín. Quirúrgica

<sup>(4)</sup> Ex Asistente Adjunto Clín. Quirúrgica

<sup>(5)</sup> Residente de Cirugía Vascolar

<sup>(6)</sup> Médico Gastroenterólogo-Endoscopista

*Presentado en la Sesión Científica de la Sociedad de Cirugía del Uruguay del día 2 de octubre de 2002*

*Correspondencia: Av. Rivera 6153 ap. 301*

*Montevideo 11500*

*Tel. 601 0355*

*e-mail: lruso@fmed.edu.uy*

which resulted in atrophy of right lobe and liver rotation, as well as pushing the hepatic hilum and gall bladder deep into the right quadrant. CAT scans and endoscopic retrograde cholangiography made it possible to evaluate the difficulties involved in establishing a definitive surgical solution.

Treatment was established on the basis of three technical/tactical principles: elimination of HC with preservation of as much hepatic mass as feasible and restitution of canalicular physiologic biliary structure. This was achieved through a calibrated peri-adventitial plasty whenever it proved technically feasible.

**Keyword:**

*Echinococcosis, hepatic  
Liver diseases, parasitic*

**Introducción**

Los quistes hidáticos (QH) de los segmentos hepáticos centrales, en su historia natural pueden determinar la destrucción del confluente biliar superior (CBS) y, estenosis de los conductos biliares

y en su evolución alejada, cirrosis biliar secundaria. Su incidencia es variable, entre 0.4% y 9% y las comunicaciones en la literatura son escasas.<sup>(1, 2, 3, 4, 5)</sup>

Se presentan tres casos de QH de los segmentos 4 y 5 de la clasificación de Couinaud, abiertos ampliamente en el CBS, que provocaron una rara consecuencia de la hidatidosis hepática: la atrofia lobar con hipertrofia compensadora contralateral. La rotación del hígado y la destrucción del CBS con pérdida de la estructura canalicular, condicionaron importantes dificultades de táctica y técnica quirúrgica, que se analizan en éste trabajo.

**Casuística**

De la experiencia de los autores entre enero de 1980 y agosto de 2000, se estudiaron tres pacientes portadores de hidatidosis centrohepática abierta en vías biliares que involucraba el CBS, cuyas características se resumen en las Tablas 1 y 2.

Caso	Edad	Sexo	Topogr./QH	Operación Previa	Síntomas
1	36	Fem	Seg 4 - 5	Quistostomía	Bilirragia. Desnutric.
2	54	Masc.	Seg.4 - 5	Quistostomía	Bilirragia
3	63	Masc.	Seg. 4-5	Colecistostomía.	Bilirragia

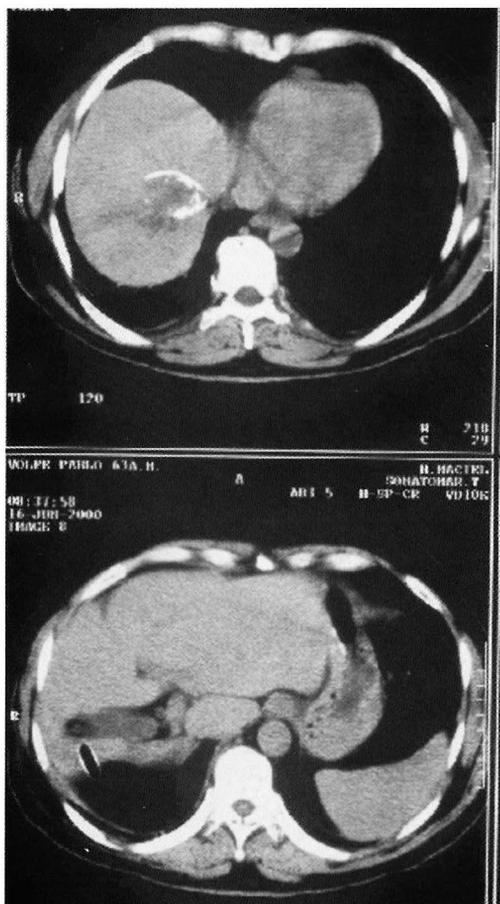
**TABLA 1**

Caso	Año	Hígado	Operación	Intubación	Complic.	Status	Seguim.
1	1980	Atrofia LD +HTLizq.	HTD + Colecistect. + Rec.Coled.c/periquist.	c/ Kehr 6 - 7 meses	NO	Vive	Perd.
2	1999	Atrofia LD+HTL izq.	HT.seg.5-6-7-parc.8 Colecist. + HY S/asa Y.	Intub.TH/sedal 18 meses	Bilirrag/8 m.	Vive / Asint.	3 años
3	2000	Atrofia LD+ HTL izq.	HTD+Colecistect. + Rec.Coled. c/perisquist.	c/ Kehr 4 meses	NO	Vive / Asint.	2 años.

**TABLA 2**

En todos los casos los estudios tomográficos mostraron imágenes nodulares de los segmentos centrales (seg. 4 y 5) del hígado con clara evidencia de hidatidosis calcificada e importantes alteraciones anatómicas del mismo, como se observa en la Fig 1.

La colangiografía endoscópica retrógrada, puso en evidencia la apertura en vías biliares y la complejidad de la destrucción del CBS. (Fig. 2)



**Fig.1** TAC. Muestra QH calcificado centrohepatico, la atrofia del lóbulo derecho del hígado e hipertrofia del izquierdo. La rotación hepática a la derecha ,desplazó el CBS y la vesícula biliar hacia la profundidad de la fosa hepática .-

Los tres pacientes fueron referidos a nosotros, luego de una primera intervención quirúrgica en las cuales se realizaron procedimientos que condicionaron bilirragias prolongadas y repercusión nu-



**Fig. 2** Colangiografía endoscópica. Vista postero-anterior. Se observa el relleno de la cavidad quística y del hepático izquierdo.

tricional en un caso. Los pacientes fueron solucionados en forma definitiva mediante una segunda intervención, mediante hepatectomía de los sectores atroficos, quisto adventicectomía total y restablecimiento del tránsito biliar fisiológico (2 casos) y una derivación bilio digestiva sobre asa diverticular (Y de Roux) en el restante. No hubo mortalidad y un paciente (derivación bilio digestiva) se complicó con una fístula bilio cutánea posoperatoria que cerro espontáneamente a los 8 meses.

## Comentarios

El QH hepático abierto en la CBS, es una situación de difícil solución cuya historia natural conlleva el riesgo de estenosis secuelar y cirrosis biliar secundaria.

En este complejo problema se vinculan, la destrucción de la vía biliar con pérdida de la estructura canalicular y a la repercusión de esta sobre la masa hepática, condicionando fenómenos de atrofia / hipertrofia con deformación de la región y notorias dificultades técnicas para el reconocimiento y disección de las estructuras anatómicas.

La incorporación de la colangiografía endoscópica retrógrada, permite evaluar la relación quisto biliar en preoperatorio. Aunque el quiste sea pequeño –como en nuestro casos 1 y 2– la relación quisto biliar puede ser muy amplia. Perdomo <sup>(4)</sup>

propone que luego de producida la lesión biliar inicial, la prosecución del crecimiento vital del parásito ejerce tracción excéntrica sobre los labios mucoso-adventiciales de la abertura y así contribuye a su ampliación y aplanamiento. En nuestro caso 3, pese a la amplia comunicación, el contraste que penetra en la cavidad quística (Fig. 2) también rellena las ramas biliares de distribución intrahepática distal del lóbulo izquierdo. Asimismo, las lesiones canaliculares muestran un patrón de estenosis concéntricas, infundibulares, de algunos milímetros de longitud y anguladas<sup>(5)</sup>, que Bourgeon<sup>(7)</sup> interpreta como fenómenos colangitis esclerosante de extensión limitada y los relaciona con secuelas biliares en QH operados.

En ésta serie el QH destruyó la totalidad de la CBS, dejando ver en el seno de la cavidad hidática, los orificios de ambos hepáticos y del coledoco, separados entre si.

Laarif<sup>(2)</sup> en la mayor casuística publicada, con 16 casos de QH del CBS, encuentra 4 pacientes con este tipo de lesión, que corresponden al estadio IV de la clasificación del autor, que se muestra en el Cuadro 1

**Quiste hidático del CBS .  
Clasificación de Laarif (2)**

- Tipo I Compresión de los elementos vasculares y biliares del Hilio hepático.
- Tipo II HC abierto en un canal hepático.
- Tipo II.a HC abierto en conducto hepático derecho. Mas frecuente.
- Tipo II.b HC abierto en hepático izquierdo. Excepcional.
- Tipo III Apertura en el techo del CBS, con afectación de ambos hepáticos.
- Tipo IV Destrucción del CBS.

**Cuadro 1**

La tomografía computarizada (TAC) permite topografiar el quiste y evaluar la repercusión del mismo sobre el hígado. La atrofia lobar es una rara consecuencia de la hidatidosis hepática y se explica por obstrucción completa del pedículo glissoniano, aunque se han citado como mecanismo,

fenómenos inmunoalérgicos obliterantes de los canales biliares.<sup>(7)</sup>

El desarrollo de una hipertrofia compensadora del lóbulo contralateral, determina la rotación en sentido horario del lóbulo izquierdo, emplazado en sentido antero posterior, mientras que el lóbulo atrófico con la vesícula biliar, se posicionan en el sector posterior del lecho hepático, muy próximos a la vena cava. (Fig. 1). Estos hechos determinan, importantes alteraciones anatómicas de la región, que derivan en dificultades técnicas durante la cirugía.

Un QH hepático en contacto con el CBS, una vez estudiado en forma exhaustiva, debe tratarse en base a tres principios: la eliminación de la hidátide, la restitución de la estructura canalicular biliar fisiológica y la conservación de la mayor cantidad de masa hepática normal posible. La imposibilidad de cumplir estos principios, es el inicio de complicaciones y secuelas, cada vez mas difíciles de solucionar, como lo muestran experiencias previas al respecto (Perdomo: estenosis. hidaticas). Asimismo, la hepatectomía del sector atrófico, que reseca masa hepática no funcionando, permite un mejor manejo técnico del remanente del CBS, sin riesgo de insuficiencia hepatocítica.

Como se observa en la Fig. 3, hemos utilizado el tejido periadventicial para realizar la reconstrucción, calibrada sobre un tubo de Kehr, que man-

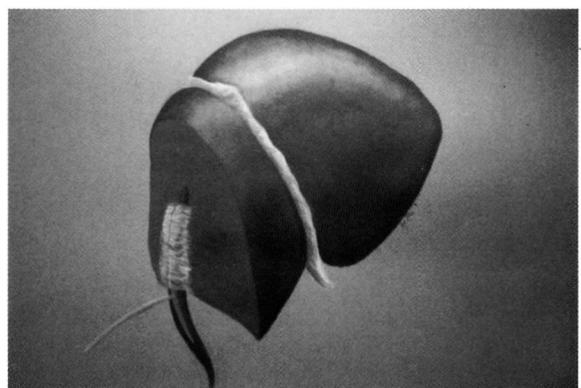


Fig. 3

tiene la evacuación fisiológica de la bilis, evita realizar una hepático yeyunostomía y minimiza el riesgo de estenosis alejada, porque permite la neoformación del epitelio canalicular biliar.<sup>(3)</sup> Cuando esta solución –ideal– no es técnicamente posible, la confección de una anastomosis hepaticoyeyunal sobre un asa diverticular, es una alternativa de uso habitual en nuestro medio. (Fig. 4)

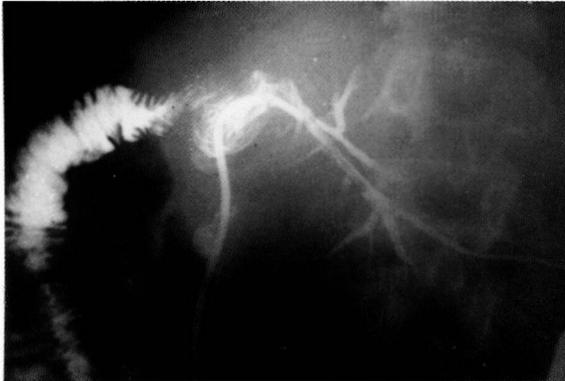


Fig. 4

## Bibliografía

- (1) Martin R, Placer C, Jimenez M, Soletto E. Kyste hydatique hepaticque qui detruisait le confluent biliar. A propos de deux cas traités par reconstruction directe. *J.Chir (Paris)* 1989; 126: 672-5.
- (2) Laarif R, Cherif R, Sassi S, Thameur H, Safta Z, Hadj H, Mestiri S.  
Destruction de la jonction biliarie superieure par le kyste hydatique, à propos de 16 cas. *Arch Inter Hidat* 1985; 28: 163-6.
- (3) Soletto, E. Destruction du confluent biliarie par kyste hydatique du foie. *J. Chir (Paris)* 1990; 127: 560-1.
- (4) Perdomo R, Geninazzi H, Santana C, Lopez J, Castro D, Morelli R, Bertolini C, Ruocco A, Carbo A. Abertura lateral de conductos biliaries principales en la adventicia hepática. *Cir Uruguay* 1984; 54: 84-97.
- (5) Perdomo R, Lopez J, Delbene R, Castro D, Santana C, Bertolini C, Ruocco A, Carbo A, Tiscornia E, Gaudiano J. Las estenosis biliaries posthidáticas y sus consecuencias. *Cir. Uruguay* 1985; 55: 79-97.
- (6) Praderi R. Hidatidosis. Tratamiento Quirurgico. In: Findor, J, Sapunar, I. eds. *Enfermedades del hígado y vías biliaries*. Bs.As.: Akadia, 1985 p. 567-82.
- (7) Bourgeon R, Isman H, Bourgeon A. Cholangites sclerosantes et sequelles biliaries du kyste hydatique du foie operé. *J.Chir.(Paris)* 1987; 1124; 3-9.