CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):639

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-266 - TRÁNSITO HEPATO-PULMONAR EN QUISTES HIDATÍDICOS: UNA SERIE DE TRES CASOS

Correa Bonito, Alba; di Martino, Marcello; de la Hoz Rodríguez, Ángela; Miguel Mesa, Diana; Mora Guzmán, Ismael; Valdés de Anca, Álvaro; Rodríguez Sánchez, Ana; Martín Pérez, Elena

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: El tránsito hepato-pulmonar es una rara complicación de la hidatidosis hepática, con una incidencia de 2-11%. Presentamos una serie de 4 casos de pacientes ingresados en nuestro centro manejados con distintos abordajes terapéuticos. A pesar de ser una patología muy poco frecuente presenta altas tasas de morbimortalidad debido a las graves complicaciones posquirúrgicas.

Casos clínicos: Caso 1. Mujer 55 años con antecedentes de cirugía por quiste hidatídico hepático en su juventud, ingresa por vómica y pérdida de 10 kg. En TC (tomografía computarizada) se observa un quiste hidatídico de 15 × 17 × 17 cm en los segmentos IV, V, VIII con comunicación hepato-bronquial y un componente intratorácico de 17 × 17 × 15 cm que desplaza mediastino. Intervención quirúrgica: quistectomía hepática parcial, colecistectomía, extirpación componente torácico y cierre fístula bronquial y del defecto diafragmático. Alta a los 2 meses de la cirugía con una fístula biliar tratada mediante endoprótesis. Actualmente en tratamiento con albendazol y buen control de la enfermedad residual. Caso 2. Varón 69 años con antecedentes de colangitis por quiste hidatídico, tratada mediante PAIR (Percutaneous Aspiration, Injection and Reaspiration) que desarrolla tránsito hepato-pulmonar y vómica. En TC se aprecian quistes en segmentos IVa, VIII y VII con solución de continuidad diafragmática. Se realiza quisto periquistectomía quirúrgica. Es dado de alta a los 13 días, volviendo a ingresar 2 años después por recidiva en el segmento VIII comunicada con una cavidad supradiafragmática abscesificada. Se reinterviene quirúrgicamente realizando quistectomía y cierre del defecto diafragmático. Actualmente sin enfermedad residual. Caso 3. Varón 76 años con antecedentes de hipertensión portal e hidatidosis hepática que rechaza la cirugía. Se realizan repetidos PAIR de los quistes hepáticos con control parcial de la enfermedad. El paciente fallece finalmente por shock séptico secundario a rotura de quiste sobreinfectado.

Discusión: El tratamiento quirúrgico ideal del tránsito hepatopulmonar es la resección del componente pulmonar, asociada al cierre de la fístula. A nivel abdominal la técnica más aceptada es la quisto periquistectomía. En caso de extensa afectación hepática la quistorresección representa una posibilidad terapéutica. Por otro lado, el PAIR resulta una alternativa en pacientes no operables y con quistes tipo I/II según la clasificación de Gorbi.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados