



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-089 - Abordaje torácico de la hidatidosis hepática

F. Mendoza Moreno, M.R. Díez, P. Guillamot Ruano, A.J. Pedraza, I. Lasa Unzué, J. Martín Fernández, A. Gutiérrez Calvo y F.J. Granell Vicent

Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.

Resumen

Introducción: La hidatidosis es una zoonosis causada por parásitos del tipo de los cestodos del género *Echinococcus*. La única que tiene relevancia clínica en nuestro país es la *E. granulosus*, siendo el ser humano un huésped intermedio en el desarrollo del parásito. La forma de presentación más habitual es como quistes hepáticos descubiertos de manera accidental. El diagnóstico se realiza principalmente mediante pruebas como la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética nuclear o la ecografía simple de abdomen. La incidencia de la hidatidosis hepática ha disminuido considerablemente en la última década gracias a las medidas de prevención adoptadas para interrumpir la transmisión en el ciclo biológico del parásito en su huésped habitual, los perros. Pese a ello, la cirugía continúa siendo el tratamiento de elección, aunque la vía de abordaje continúa siendo controvertida y variable. Se presenta el caso del abordaje quirúrgico por toracotomía de una paciente con quiste hepático de 11 cm de diámetro mayor localizado en cúpula diafragmática.

Caso clínico: Mujer de 52 años de profesión auxiliar de hostelería, sin antecedentes de interés remitida a nuestras consultas por elevación del marcador tumoral CA 19.9 y sintomatología de dolor abdominal de larga evolución sobre hipocondrio y flanco derecho. Se realiza TAC abdominopélvico en la que se observa imagen compatible con quiste hidatídico hepático, de paredes parcialmente calcificadas, localizado en cúpula hepática, en los segmentos VII y VIII de 11 cm de diámetro mayor. Se completa el estudio con la realización de RMN que confirma dichos hallazgos. El resto de las pruebas complementarias realizadas como analítica sanguínea y colonoscopia no presentaron hallazgos patológicos. Se decide intervención quirúrgica mediante toracotomía posterolateral derecha sobre sexto espacio intercostal evidenciando protrusión del quiste sobre hemidiafragma ipsilateral. Se procede al vaciado del quiste mediante trocar de 15 mm de laparoscopia transdiafragmático y sistema de aspiración con un cuidadoso control de la siembra del contenido quístico. Una vez vaciado se realiza una pequeña toracostomía a través del lecho de la octava costilla suturando la incisión diafragmática a la toracostomía con el fin de poder abocar el contenido del quiste a modo de toracoestoma, sujetando la capa periquística de la lesión a la aponeurosis de los músculos intercostales. Se colocaron a modo de drenaje dos tubos torácicos conectados a caída libre a través del toracoestoma así como otro colocado en cavidad pleural conectado a sistema de aspiración con sello de agua. La paciente presentó un postoperatorio favorable siendo dada de alta a los 8 días.

Discusión: A pesar de la posibilidad del tratamiento médico como el mebendazol o el albendazol, la cirugía continúa siendo el tratamiento de elección de este tipo de patología. Las técnicas quirúrgicas radicales sobre los quistes hidatídicos han obtenido mejores resultados en cuanto a recidiva, estancia hospitalaria y morbilidad, pero ello conlleva unas actuaciones más arriesgadas que pueden resultar comprometedoras

para un paciente afecto de una patología benigna. Sin embargo existen situaciones clínicas que debidas a la localización y características anatómicas del quiste exigen técnicas especiales como en dicho trabajo.