



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-012 - QUISTOPERIQUISTECTOMÍA TOTAL CERRADA LAPAROSCÓPICA COMO TÉCNICA DE ELECCIÓN PARA EL ABORDAJE DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA

Gómez Dovigo, Alba¹; Aguirrezabalaga González, Javier¹; Civeira Taboada, Tatiana¹; Rey Simó, Ignacio¹; Noguera Aguilar, José Francisco¹; Meijide Míguez, Hector²; Serrano Arriba, Joaquín²; Porteiro Sánchez, Javier²

¹Servicio de Cirugía; ²Servicio de Medicina Interna, Hospital Quirón, La Coruña.

Resumen

Introducción: La hidatidosis hepática es una zoonosis causada por el equinococo granuloso. La clínica más habitual es una masa abdominal asintomática. El tratamiento se basa en tres tipos de métodos: antiparasitarios (mebendazol y albendazol), PAIR: punción-aspiración-inyección-reaspiración, y la cirugía. El tratamiento quirúrgico es el que ofrece los mejores resultados siendo su modalidad motivo de controversia. Se realizan diversas técnicas: el procedimiento de Mabit-Lagrot (destechamiento del quiste con sutura del borde con o sin omentoplastia), quistoperiquistectomías total/parcial y las resecciones hepáticas. Con el advenimiento de la cirugía laparoscópica se inician nuevas opciones de abordaje.

Objetivos: Evaluar la viabilidad y eficacia de la quistoperiquistectomía total cerrada laparoscópica, así como riesgos y beneficios de la misma.

Caso clínico: Mujer de 41 años, que presenta clínica de molestias abdominales. En RNM se visualiza quiste hidatídico no complicado de 5 cm en segmento V. Se decide tratamiento quirúrgico previo con albendazol 400 mg/día durante 90 días, previos a la cirugía. Se realiza quistoperiquistectomía total cerrada laparoscópica. Inicialmente con 3 puertos de entrada: puerto umbilical (12 mm), epigástrico, 5 mm y flanco derecho de 5 mm. Se realiza una laparoscopia diagnóstica y se evidencia quiste hidatídico en segmento V, en íntimo contacto con la vesícula. Se utiliza disección roma utilizando como fuente de energía LigaSure 5 mm. Para la protección del campo en caso de ruptura se colocan gasas con suero hipertónico. La extracción de la pieza se realiza a través de mini-pfannestil previa aspiración del mismo una vez introducido en la bolsa. El tiempo quirúrgico fue de 65 min. En el manejo postoperatorio se reinicia la tolerancia oral a las 6h, manejo del dolor con analgesia iv cada 4h, deambulación temprana y el alta hospitalaria a las 48h tras retirada del drenaje externo.

Discusión: Coincidimos con otros autores que el tratamiento quirúrgico de los quistes hidatídicos hepáticos es el que ofrece mejores resultados y se debe ofrecer la misma seguridad independientemente del abordaje. La cirugía radical se asocia con una menor morbilidad, menor estancia hospitalaria y menor recidiva, constituyendo la técnica de elección en la hidatidosis hepática. Sin embargo, su aplicación debe atenderse a las características del paciente, la anatomía del quiste y el grado de experiencia del equipo quirúrgico. Los procedimientos no radicales se acompañan de una mayor incidencia de recurrencias y complicaciones biliares. La resección de la cúpula debe reservarse a quistes uniloculares en pacientes jóvenes con periquística flexible y delgada. La quistoperiquistectomía total cerrada laparoscópica, siguiendo los mismos criterios y técnicas que por vía abierta, es el procedimiento radical de elección, siendo un procedimiento

factible y seguro en casos adecuadamente seleccionados y en cirujanos con experiencia en cirugía hepática tanto abierta como laparoscópica. La selección de los casos facilita disminuir la tasa de reconversiones así como las complicaciones de morbilidad y mortalidad. Los criterios de inclusión para el abordaje laparoscópico serían pacientes > 15 años, quistes hepáticos solitarios, tamaño 5 cm, segmentos hepáticos anteriores y sin signos ecográficos de complicación.