



www.elsevier.es/cirugia

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

Gómez Dovigo, Alba¹; Aguirrebalaga González, Javier¹; Civeira Taboada, Tatiana¹; Rey Simó, Ignacio¹; Noguera Aguilar, José Francisco¹; Meijide Míguez, Hector²; Serrano Arreba, 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 atenerse 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 morbimortalidad. 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.