



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**

Revista de la Asociación Española de Cirujanos

Volumen 97, Especial Congreso 2, Noviembre 2019

XIII Reunión Nacional de Cirugía

del 2 al 6 de noviembre de 2019



www.elsevier.es/cirugia

P-256 - QUISTE HIDATÍDICO CON FISTULIZACIÓN Y OBSTRUCCIÓN BILIAR. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PARTIR DE UN CASO

Adroher Alfonso, Andrea; Silva Infantino, Marycarmen; Mato Ruiz, Raúl; Ruiz Luna, David; Oms Bernad, Lluís; Pou Macayo, Sara; Gómez Fernández, Laura; Pérez Muñante, Mónica

Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa.

Resumen

Objetivos: A partir de un caso clínico, los objetivos son mostrar una de las posibles complicaciones de la hidatidosis hepática, como es su fistulización a la vía biliar con obstrucción secundaria al proceso, ejemplificar esta entidad y revisar la bibliografía al respecto.

Caso clínico: Paciente de 27 años, natural de Marruecos, que ingresó de urgencias con el diagnóstico de ictericia obstructiva. Posteriormente, con las exploraciones practicadas, se vio que su etiología era debida a un quiste hidatídico con fistulización y obstrucción posterior de la vía biliar. A partir del caso, se pretende evaluar su diagnóstico y tratamiento. La paciente acudió a urgencias por dolor abdominal en hipocondrio derecho, asociado a náuseas y vómitos, de una semana de evolución. A su llegada se encontraba hemodinámicamente estable y afebril, destacando en la analítica urgente una colestasis completa con aumento de reactantes de fase aguda. Se realizó una ecografía abdominal que no mostró alteraciones patológicas y se decidió ingreso para completar estudio y tratamiento. Ya en la planta, la paciente presentó clínica de colangitis aguda, con fiebre de hasta 38 °C, aumento de dolor abdominal y de los reactantes de fase aguda en la analítica, iniciándose cobertura antibiótica empírica. Se completó estudio diagnóstico mediante ecografía, TC y RMN abdominal, que mostraron un quiste hidatídico en lóbulo hepático derecho con fistulización a la vía biliar y dilatación secundaria intra y extrahepática. Como tratamiento se colocó un drenaje biliar vía percutánea transparietohepática, confirmándose el diagnóstico al visualizar escólex en el líquido biliar. Posteriormente, la evolución posterior fue favorable, siendo dada de alta manteniendo el drenaje y con tratamiento con albendazol hasta la intervención quirúrgica programada. A los 6 meses, se practicó una periquistectomía con colecistectomía sin incidencias.

Discusión: La hidatidosis es una enfermedad parasitaria causada por el *Echinococcus granulosus*, que es más frecuente en zonas rurales, sobre todo de países subdesarrollados. La transmisión habitual es fecal-oral, con la diseminación posterior del parásito a través de la circulación sistémica portal hasta el hígado como localización más habitual y, secundariamente, al pulmón. En el caso del quiste hidatídico hepático, habitualmente se presenta con una clínica larvada de molestias abdominales inespecíficas, siendo diagnosticado de manera accidental o ante la aparición de alguna complicación. Estas son principalmente la fistulización a la vía biliar, la sobreinfección del quiste hidatídico o la rotura del quiste, con la consecuente diseminación peritoneal y anafilaxia. El diagnóstico se establece ante la sospecha clínica, mediante serologías y pruebas de imagen: ecografía principalmente, completando estudio mediante TC o RM en caso de dudas. Sin embargo, el diagnóstico de confirmación será únicamente mediante la visualización del parásito. El tratamiento inicial requiere antiparasitarios (albendazol) y, posteriormente, tratamiento quirúrgico mediante

periquistectomía, intervención de Lagrot o incluso hepatectomía, dependiendo de su localización y tamaño. Otra opción a contemplar en quistes pequeños y sin complicaciones es la vía percutánea (PAIR), consistente en la punción del quiste, aspiración e inyección de alcohol con suero salino hipertónico.